81.

22500450507

BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIATION

BRITISH ME
Librar
OCIATI

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL

ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER, Agrégé de la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux.
Dr A. CARTAZ, Secrétaire de la rédaction.
Dr H. RENDU, Agrégé de la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), R. CALMETTES, CAMPENON, CARRIÈRE, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, G. DECAISNE, DEJBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GOUGUENHEIM, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, LELOIR, H. LEROUX, MATHIEU, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, WALTHER.

QUINZIÈME ANNÉE

TOME XXX

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1887

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll.	
No.	

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXX

ANATOMIE.

Cerveau, *Marchi*, 1 ; *Cionini*, *Luys*, 2. — Moelle, *Saint-Remy*, 2. — Nerfs crâniens, *Phisalix*, 3. — Nerf auditif, *Edinger ;* cœurs lymphatiques, *Kabrhel*, 4. — Régénération des tissus, *Fraisse*, 5. — Cellule musculaire, *Gehuchten ;* feuillets germinatifs, *Wolff*, 6. — Développement embryonnaire, *Roux*, 7. — Arcs branchiaux, *Mall*, 8. — Oreille, *Bulle*, 9. — Choroïde, *Hache ;* nerfs pupillaires, *Przybylski*, 10. — Artères de l'orbite, *Meyer ;* mensuration de la tête, *Luys*, 11. — Nez, *Lœwe*, *Zuckerkandl*, 12. — Bourse pharyngée, *Schwabach ;* amygdales, *Retterer*, 13. — Thymus, *Tourneux*, *Hermann ;* lymphatiques du larynx, *Poirier*, 14. — Glandes gastriques, *Cazin ;* corps de Malpighi, *Renaut*, 15. — Ovules, *Carini ;* placenta, *Duval ;* glandes de Cowper, *Stilling*, 16. — Spermatogenèse, *Wiedersperg, ;* testicule, *Prenant*, 17. — Technique, *Lustgarten*, 18. — Anthropologie, *Hervé*, *Hovelacque ;* darwinisme, *Duval*, 19.

PHYSIOLOGIE.

Cerveau, *Ferrier*, 19 ; *Goltz*, 20 ; *Ziehen*, 21 ; *Asch*, *Neisser*, *Gerber*, 22. — Courant électro-tonique des nerfs, *Bernstein*, 23. — Conductions nerveuses, *Stefani ;* psychophysique, *Müller*, 24. — Expression de la physionomie, *Filehne*, *Langendorff ;* réflexe croisé, *Langendorff*, 25. — Tonus musculaire, *Mommsen*, 26. — Tétanos musculaire, *Buckmaster*, *Schœnlein ;* acide lactique des muscles, *Marcuse*, 27. — Résistance des tissus aux courants électriques, *Rosenthal*, *Stinzing*, *Grœber*, 28. — Rythme du cœur, *Sée*, *Gley*, 29. — Circulation, *Lee ;* pressions sanguines après section des vagues, *Muenzel*, 30. — Diastase salivaire, *Bourquelot*, 31 ; *Duggar*, 32. — Digestion stomacale, *Kulz*, 32. — Production de graisse, *Munk*, 33. — Péristaltisme intestinal, *Hess*, valeur nutritive de la glycérine, *Arnschink*, 34. — Sucre du foie, *Langendorff*, 35. — Inanition, *Laborde*, 36. — Perspiration, *Peiper ;* rapports des sécrétions et des excrétions, *Sticker*, *Huebner*, 37.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Dégénérescences corticales, *Marchi*, *Algeri ;* lésions de l'écorce, *Bechterew*, 38 ; *Raudnitz*, 39. — Anesthésie du cou, *Brown-Séquard*, 39. — Paralysie générale, *Fuertsner*, 40. — Commotion et contusion cérébrales, *Sudre*, 41. —

Régénération des muscles, *Stilling*, *Pfitzner*, 42. — Échanges de la mère au fœtus, *Ott*, *Kroner ;* toxicité des urines, *Charrin*, *Roger*, 43. — Stase veineuse et quantité d'urine, *Paneth*, 44. — Cataracte, *Bouchard*, *Charrin*, 44; *Panas*, *Dor*, 45 ; *Stein*, 46. — Transfusions, *Hayem*, *Barrier*, *Laborde*, 47. — Moisissures pathogènes, *Lindt*, *Ziegenhorn*, 48. — Anthracosis, *Korn*, 49. — Bacilles du charbon, *Drymont*, 50. — Charbon et érysipèle, *Emmerih*, 51. — Bacille du choléra, *Schroen;* fièvre récurrente, *Yanovski*, 52. — Injections de bactéries, *Fodor*; endocardite, *Ribbert ;* microbe de la pneumonie, *Netter*, 53. — Morve et clavelée, *Malet*, *Cadéac*, 54.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Médicaments chez les nourrices, *Fehling*, 54. — Spartéine, *Leo*, 55. — Hyoscine, *Gley*, *Rondeau ;* colchicine, *Mairet*, *Combemale*, 56. — Atropine, *Langendorff ;* momordica bucha, *Duprat ;* méthylal, *Mairet*, *Combemale ;* acides tannique et gallique, *Stockman*, 57. — Menthol, *Goldscheider ;* hydroquinone, *Silvestrini*, 58. — Nickel, *Fede*, *Jappelli ;* nitrate de potasse, *Mairet*, *Combemale*, 59. — Borate de quinine, *Hagens ;* sulfures alcalins, *Pohl*, 60.— Pommades à la lanoline, *Guttmann*, 61. — Empoisonnements par le sublimé, *Doléris*, *Butte*, 62; *Armstrong*, 63 ; par les sels de baryum, *Linossier ;* par le chlorure de zinc, *Nichols*, 63 ; par l'aniline, *Mueller ;* par le chloroforme, *Powell*, 64; par la morphine et l'atropine, *Lenhartz ;* par les champignons, *Handford*, 65.

THÉRAPEUTIQUE.

Régime alimentaire, *Sée*, 66. — Leçons, *Robin*, 67. — Bains électriques, *Melhem ;* faradisation de la vésicule biliaire, *Secretan*, 68. — Lithiase biliaire, *Lewaschew ;* cinchonidie, *Le Juge de Segrais*, 69. — Antipyrine et douleur, *Sée ;* excrétion d'azote chez les typhiques, *Riess*, 70. — Thalline dans la fièvre typhoïde, *Ehrlich*, 71. — Hémostase par l'antipyrine, *Gœtz ;* xylol dans la variole, *Otvös ;* cocaïne dans la sténocardie, *Noorden ;* acétophénone, *Norman*, 72. — Huile de naphte dans la phtisie, *Scherbakoff*, *Kremiansky*, 73. — Ataxie à la Malou, *Belugou ;* traitement de l'obésité, *Ebstein*, *Henneberg*, *Bauer*, *Zuntz*, *Meinert*, *Feilchenfeld*, *Rosenfeld*, *Ughi*, *Paul*, *des Chesnais*, 74. — Traitement de la rage, *Lukomsky*, *Afonsky*, *Kartchevsky*, *Lashkevitch*, *Makaveef*, 77.

HYGIÈNE.

Comité consultatif, 78. — Mortalité de Buda-Pesth, *Korosi*, 80. — Étuves à désinfection, *Fleischauer*, *Mittenzweig*, *Merke*, *Guttmann*, *Heusner*, 81. — Variole et vaccinations, *Layet*, 83 ; *Jablonski*, 84. — Contagion, *Charrin*, 85. — Valeur de la filtration, *Walker*, 85. — Bactéries dans la glace, *Prudden*, 86; *Fraenkel*, 87. — Lavoirs publics, richesse des eaux en bactéries, *Girardin*, *Miquel*, 88. — Salicylage des aliments ; vinage, *Vallin ;* rouges

azoïques dans les aliments, *Arloing*, *Cazeneuve*, 89. — Colorants des vins, *Cazeneuve;* valeur des poudres de viande, *Poincaré;* kératite des dévaseurs, *Layet*, 90. — Argyrie, *Blaschko;* saturnisme, 91. — Céruserie, *Arnould;* intoxication mercurielle, *Marie*, *Londe;* causes de la mort par le grisou, *Riembault*, *Brouardel*, *Reynaud*, 92. — Sclérose et myopie scolaires, *Ausderau*, 94.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Leçons, *Jaccoud*, 96; *Liebermeister*, 97. — Maladies du système nerveux, *Glaser*, *Naunyn*, *Falkenheim*, *Bramwell*, *Hun*, *Capitan*, *Remak*, *Rousseau*, *Gingeot*, *Leube*, 97; *Seppilli*, *Meyer*, *Jelgersina*, *Winkler*, *Monakow*, *Kanders*, *Berlin*, *Kahler*, *Salgo*, *Lombard*, *de Watteville*, *Fraenkel*, 98; *Oppenheim*, *Siemerling*, *d'Espine*, *Dowty*, *Mayet*, *Prevost*, *Teleky*, *Maclagan*, 107; *Vulpian*, *Vierordt*, *Stern*, *Basso*, *Fischer*, *Struempell*, *Westphal*, *Anché*, *Krauss*, *Savage*, *Déjerine*, *Darkchewitch*, *Condoléon*, 113; *Straus*, *Fischer*, *Leyden*, *Rolter*, *Bensch*, *Gowers*, *Babinski*, *Charrin*, *Raymond*, *Tenneson*, *Florand*, *Dubief*, *Gilbert*, 114; *Kast*, *Ross*, *Buzzard*, *Grocco*, *Fusari*, *Oppenheim*, *Ketli*, *Thomas*, *Déjerine*, *Massalongo*, *Meyer*, *Wigglesworth*, *Shaw*, *Martins*, *Rendu*, *Uhthoff*, *Moebius*, *Remak*, *Friedlaender*, *Hochhaus*, *Mathieu*, *Saundby*, 127; *Naunyn*, 128; *Leidesdorf*, *Bateman*, *Voelckers*, *Bennett*, *Gould*, *Erlenmeyer*, *Jackson*, *Berbez*, *Massalongo*, *Babinski*, *Brissaud*, *Marie*, *Talma*, 137; *Féréol*, *Oseretzkowsky*, *Falcone*, *Dickinson*, *Suckling*, *Savage*, *Corning*, *Rosenbach*, *Jacobsohn*, *Cousot*, *Althaus*, *Westphal*, 138.

Angine de poitrine, *Mollière;* myopathies, *Ladame*, *Landouzy*, *Erb*, *Krecke*, *Hashimoto*, *Déjerine*, 148. — Rhumatisme, *Barbillon*, *Foxwell*, *Rosenbach*, 151. — Maladies du cœur, *Matray*, *Letulle*, *Gairdner*, *Butler*, *Pochmann*, *Riegel*, *Malibran*, *Schroetter*, *Pilt*, *Smith*, *Schnell*, *Leyden*, 152; *Golowin*, *Langton*, *Bowley*, 153. — Maladies de l'appareil respiratoire, *Hanau*, *Blond*, *Marfan*, *Delon*, *Biedert*, *Philip*, *Kirstein*, *Rutimeyer*, *Freund*, *Amrusch*, *Schroen*, 158; *Verneuil*, 162; *Sée*, *Goluboff*, *Dobell*, *Russo-Giliberti*, *Biermer*, *Schuchardt*, *Cohn*, *Ménétrier*, *Vinay*, *Lancereaux*, *Besançon*, 165; *Kelsch*, *Vaillard*, *Renaud*, *Rendu*, *Immermann*, 169; *Cullingworth*, 171. — Obésité, *Kisch*, 172.

GYNÉCOLOGIE.

Périmétrite, *Veit*, 172; *Routh*, 174. — Endométrite, *Jabobi*, 174. — Galvanocaustie utérine, *Apostoli*, 175. — Névroses utérines, *Boldt*, 176. — Inversion et déplacement de l'utérus, *Kehrer*, *Schmabfus*, *Wilson*, *Fraenkel*, *Olshausen*, *Pozzi*, *Bouilly*, 176. — Hématocèle et salpingite, *Lawson Tait*, *Byford*, 178; *Saenger*, *Coe*, *Tait*, *Martin*, *Meinert*, *Gusserow*, *Imlach*, *Terrillon*, *Terrier*, *Jackson*, 179. — Hématomes du vagin, *Lwoff*, 184. — Tumeur vaginale, *Parker;* fistules vésico-vaginales, *Pozzi*, *Rydygier;* urétrocèle, *Price*, 185. — Périnéorraphie, *Küstner;* microbes des myomes et kystes ovariens, *Galippe*, *Landouzy*, 186. — Ovariotomie, *Spencer Wells*, *Tait*, *Jalland*, *Hooks*, *Whetstone*, *Mundé*, *Münster*, *Terrier*, *Schrœder*, *Hegar*, 187. — Sarcome des trompes, *Senger*, 190.

OBSTÉTRIQUE.

Grossesse et kyste ovarique, *Rémy;* souffles utérins, *Champneys*, 191. — involution utérine, *Hausen*, 192. — Vergetures de la grossesse, *Schlee*, 193.— Ictère grave, *Lomer;* injections utérines, *White*, 194.—Suites de couches syphilitiques, *Combes;* pression sanguine chez le fœtus, *Cohnstein*, *Zuntz*, 195. — Présentations de la face, *Ziegenspeck*, 195; *Thorn*, 196; *Henricius*, *Blanc*, 197. — Présentation des pieds, *Bachmann*, 198. — Extraction de la tête dernière, *Martin;* présentations du siège, *Porak*, 199. — Spondylolisthesis, *Meola*, *Neugebauer*, 200. — Rupture du cordon, *Budin;* cloisonnement du col, *Budin;* hémorragie interne, *Freudenberg*, 201. — Céphalotripsie, *Litschkuss;* forceps, *Lwoff*, 202. — Rétention du placenta, *Gerbaud;* éclampsie puerpérale, *Virchow*, *Juergens*, *Pinzani*, *Maguire*, 203. — Septicémie puerpérale, *Runge*, 205.

MALADIES DES ENFANTS

Paralysie cérébrale, *Pelizaeus*, 206; *Wolfenden*, *Ranke*, *Kast*, 207. — Lacunes des pariétaux, *Rapin;* tétanie des nourrissons, *Baginsky*, 209. — Anomalie cardiaque, *Hayden;* hémoglobinurie, *Saudner;* tuberculose, *Frœbelius*, 210. — Pneumonie, *Strackan;* pneumothorax, *Sevestre;* broncho-pneumonie, *Sevestre*, 211. — Bronchites, *Comby*, 212. — Spasme glottique, *Girard;* coqueluche, *Racchi*, *West*, 213. — Dyspepsie, *Lorey;* catarrhe intestinal, *Siebenmann;* atrophie rénale, *Förster*, 214. — Fièvre typhoïde, *Guastalla;* rhumatisme, *Schaeffer*, 215. — Rachitisme, *Clutton;* urémie scarlatineuse, *Jakubowitsch;* rougeole, *Casson*, 216. — Erysipèle, *Lebedeff*, 217. — Diphtérie, *Campbell*, *Heubner*, *d'Espine*, *Schrœtter*, 217; *Henoch*, *Wassiliew*, *Bokai*, *Renault*, *Delthil*, *de Gassicourt*, *Schenker*, *Ranke*, *Paterne*, *Daly*, *Carter*, *Welcker*, *Klein*, *Korbsen*, *Rothe*, *Massei*, *Stumpf*, *Stepp*, *Tanvoli*, 218. — Tournioles, *Audry*, 222. — Phimosis, *Witelshöfer;* emploi de la coca, *Pott*, 223.

DERMATOLOGIE.

Erythème, *Schmitz*, 223; *Barbillion*, 224. — Éruptions urémiques, *Persy;* érysipèle, *Juéry;* urticaire, *Pryce*, 225; *Unna*, *Rapin*, 226. — Eczéma, *Bohn*, *Chace*, *Falcone;* lichen, *Unna*, *Brocq*, 227. — Lichen, *Fox;* herpès, *Raymond;* *Epstein*, 229. — Acné, *Lewin;* sclérodermie, *Bouttier*, 230. — Mycosis, *Kœbner;* sarcomes pigmentaires, *Kœbner*, 231. — Granulome, *Geber;* tuberculose cutanée, *Schwimmer*, 232. — Lèpre, *Schottelius*, *Bäumler*, *Rake*, *Arning*, 233. — Pelade, *Schachmann;* ainhum, *Crawford;* Glossodynie, *Degle;* cancroïde, *Jaja*, 234.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Foyers du virus, *Neumann;* chancres extra génitaux, *Nivet*, 235. — Œdème induré, *Finger*, 236. — Syphilis héréditaire, *Rabl, Fournier*, 237; *Sandoz*, 238. — Syphilis cérébrale, *Brans*; érysipèle et syphilis, *Schuster;* syphilis des nouveau-nés, *Mracek*, 238. — Adénopathies tertiaires, *Lannois, Lemoine;* syphilis génito-urinaire, *Mauriac;* excision du chancre, *Bœhm*, 239. — Cautérisation du chancre, *Mannino;* injections mercurielles, *Salsotto, Szadeck*, 240; *Ferrari, Asmondo*, 241. — Aconitine dans la céphalée, *Leroy;* hydrargyrose, *Schumacher;* bains russes, *Frey*, 241. — Rétrécissement blennorragique, *Delabarthe*; gonocoques de la blennorragie, *Roux, Zeissl, Finger, Giovannini*, 242. — Arthrite blennorragique, *Smirnoff*, 244.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Psychoses paludiques, *Lemoine, Chaumier;* folie héréditaire, *Régis*, 244. — Psychoses héréditaires, *Jakowlew;* délire théique, *Slayter;* aliénés voyageurs, *Tissié*, 245. — Aliénés persécuteurs, *Pottier;* écholalie, *Mabille;* méningite ossifiante, *Meschede*, 246.— Délire ambitieux, *Baillarger;* délire épileptique, *Bessière;* sang des aliénés, *Seppilli*, 247. — Pyromanie, *Marandon;* impulsions homicides, *Powell, Féré, Bréda*, 248. — Ventricule de Verga, *Tenchini*; paralysie générale, *Salpo*, 249. — Idiotie, *Bourneville, Bricon, Cullerre;* acétophénone en aliénation, *Mairet, Combemale*, 250.— Cocaïne, *Heimann*, 251.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Trépanation, *Greenfield, Bodamer, Birdsall, Weir*, 251. — Kyste dermoïde, *Condamin*; sections des nerfs, *Gunn, Schwartz, Jeannel, Monod*, 253. — Greffes, *Vincent, Marshall, Baratoux, Dubousquet, Grange*, 254. — Goitres, *Luening, Terrillon, Sebileau, Weinlechner*, 255; *Ollier, Gordon, Schmidt*, 256. — Pneumotomie, *de Cérenville, Rochelt, Brookhouse, Williams, Godlee, de Beurmann, Prengrueber, Thiriar, Krœnlein*, 259. — Tumeurs de la mamelle, *Routier, Grias, Phocas*, 263. — Maladies des os et des articulations, *Watson, Pousson, Tauber, Martel, Jalaguier, Delorme, Ramonet, Schuchardt, Petersen, Zesas, Pilcher*, 264; *Jeannel, Nepveu, Hamilton, Flueckiger, Weinlechner, Bergmann, Macewen Duplay, Browne*, 270; *Middelborpf, Ollier, Allingham, Fenger, Dumont, Roser, Niehans, Zesas, Rydygier, Poore, Riedel, d'Ambrosio, Romano*, 274; *Berger*, 282; *Fehleisen*, 284; *Farabeuf, Morris, Tripier*, 285. — Spina bifida, *Sinclair, Grassi, Loebker*, 287. — Clinique chirurgicale, *Bruns*, 288. — Tétanos : *Ozenne, Dufour, Verneuil, Legras, Romain, Saint-Vel, Ricochon, Larger, Bonome, Wagner, Pribram, Brunner, Terrillon, Hiller*, 290. — Actinomycose, *Partsch, Hochenegg, Szenassy*, 296. — Transfusion, *Givel;* varices, *Lesser*, 297. — Doigt à ressort, *Stheinthal;* épithélioma de la joue, *Piéchaud*, 298. — Traitement de l'anthrax, *Slesarevsky, Morozoff, Levantueff, Indütnyi*, 298.

OPHTALMOLOGIE.

Impressions lumineuses, *Charpentier*, 299. — Fonctionnement de la rétine, *Exner*, 300. — Sensibilité aux couleurs, *Dobrowolsky;* causes de la myopie, *Fœrster*, 301. — Myopie, *Stilling;* suppuration dans une opération de strabisme, *Knapp*, 302. — Astigmatisme, *Martin;* blépharoptose d'origine centrale, *Surmont;* dacryocystite, *Hirschberg*, 303. — Tumeur de la caroncule lacrymale, *Bock;* micro-organisme du trachome, *Michel*, *Goldschmidt*, 304. — Tuberculose cornéenne, *Rachet;* regénération de l'humeur aqueuse, *Leplat*, 305. — Traitement du kératocone, *Petresco*, *Guiot;* hernies de l'iris, *Pinto;* lipome sous-conjonctival, *Bœgel*, 306. — Tissu spongieux dans la slérotique, *Hannover;* kyste de l'orbite, *Panas;* kyste de l'iris, *Hirschberg*, 308. — Tumeurs épithéliales de l'œil, *Schœbl*, 309. — Ectopie du cristallin, *Sattler;* érythropsie, *Hilbert;* pansement oculaire aseptique, *Hirschberg*, 310.

REVUE GÉNÉRALE.

La bactériologie médicale, *Barth*, 311.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 336.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXX

ANATOMIE.

Système lymphatique, *Budge*, 401. — Tissu élastique, *Kuskow*, 402.—Cellule, *Flemming*, 403. — Cartilage, *Kolster;* ganglions du cœur, *Arnstein*, 404. — Veines gastriques, *Hochstetter;* veines du cou, *Lachi*, 405. — Glandes salivaires, *Ranvier*, 406. — Articulation hyo-thyroïdienne, *Debierre;* nerf acoustique, *Monakow;* labyrinthe, *Gruber*, 407. — Muscles de l'oreille, *Tataroff;* développement du crâne, *Martini*, 408. — Maxillaire, *Debierre*, 409. — Nerfs de la langue, *Rosenberg;* organe de l'émail, *Brunn*, 410. — Muscles striés, *Babinski;* karyokinèse, *Merk*, 411. — Pigment cutané, *Retterer*, 412. — Canal cholédoque, *Oddi;* épithélium intestinal, *Davidoff*, 413. — Testicule, *Benda*, 414; *Waldeyer*, 415; *Wiedersperg*, 416. — Technique histologique, *Pal*, 417.

PHYSIOLOGIE.

Activité cérébrale, *Danilewski*, 417. — Sympathique cervical, *Smith*, 418. — Oreillettes du cœur, *Fano*, 419. — Impressionnabilité vasculaire, *Heger*, 420. — Sang, *Wooldridge*, 421; *Jones*, 422; *Hamburger*, 423. — Fonctions de la rétine, *Stort*, 424; *Exner*, *Tumlirz*, 425. — Excrétion salivaire, *Eckhard*, 425. — Échanges gazeux du poumon, *Fleischl;* sécrétion du mucus, *Biedermann*, *Ranvier*, 426. — Mouvements de l'estomac, *Colin*, 427. — Digestion, *Cahn*, *Boas*, 428; *Debove*, *Flamant*, *Ellenberger*, *Hofmeister*, 429; *Oddi*, *Seegen*, 430; *Constantinidi*, 431. — Excrétion d'acide carbonique, *Rubner;* absorption intestinale, *Gumilewski*, 432. — Sécrétion biliaire, *Pisenti*, 433. — Foie, *Langley;* vessie, *Born*, 434; *Guyon*, 435.

CHIMIE MÉDICALE.

Peptones, *Hasebrock*, *Miura*, 436. — Substances albuminoïdes, *Michaïloff*, *Khlopine;* acides de la bile, *Schœtten*, 437. — Sels biliaires dans l'urine, *Stevens;* parahémoglobine, *Nencki*, 438. — Hémine, *Nencki*, *Sieber*, 439. — Hémoglobine, *Hüfner*, *Bohr*, 440. Tumeurs mélaniques, *Morner;* globuline dans l'urine, *Pohl*, 441. — Réaction d'Ehrlich, *Goldschmidt*, *Brewing*, 442. — Acide hippurique, *Rattone*, *Valente;* recherche du mercure, *Alt*, 443. — Acide oxybutyrique dans les urines, *Wolfs*, 444. — Nitrates, *Weyl*, *Citron;* recherche de l'acide chrysophanique, *Hoppe-Seyler*, 445. — Gomme animale, *Landwehr*, 447. — Diastase végétale, *Hirschfeld*, *Lintner;* thyrotoxicon, *Vaughan*, 448. — Pilocarpine, *Hardy*, *Calmels*, 449.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dégénérescence des nerfs, *Schiff*, 449 ; *Grossmann*, 450. — Porencéphalie, *Biswanger*, *Frigario*, *Lachi*, 450. — Syringomyélie, *Krauss*, *Schultze*, 451. — Sclérose en plaques, *Adamkiewicz*, 452. — Abcès du cerveau, *Fränkel;* aorte, anévrismes, *Bard*, *Tellier*, 454; oblitération, *Paltauf;* fissure de la face, *Morian*, 455. — Hyperrhinencéphalie, *Benda*, 456. — Nanisme, *Rohrer;* tumeurs coxygiennes, *Middeldorpf*, *Herrmann*, *Tourneux*, 457. — Pseudotrichinose, *Hepp*, 458. — Karyokinèse dans la moelle des os, dans les tumeurs, *Ranvier*, 459. — Mycosis mucorina, *Paltauf;* leucocytose dans les inflammations, *Gostling*, 460; dans le cancer, *Alexandre*, 461. — Grenouillette pancréatique, *Virchow*, 461. — Adénopathie tuberculeuse, *Sanchez Toledo*, *Grancher;* parasites du sang, *Danilewski*, 462.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sécrétion biliaire, *Dockmann;* diabète curarique, *Langendorff;* circulation cérébrale, *Knoll*, 463 ; *Albert*, 464. — Ponction du cœur, *Watson;* thermométrie des foyers inflammatoires, *Maximow*, 464. — Inoculations, *Chauveau*, *Cadéac*, *Malet*, 465. — Microorganismes, *Esmarch*, *Fraenkel*, *Vignal*, 466 ; *Limbeck*, 467 ; *Ehrlich*, 468 ; de la pneumonie, *Perret*, 469 ; de la fièvre jaune, *Freire*, *Gibier*, *Rebourgeon*, 469 ; du choléra, *Zaeslein*, *Cattani*, *Tizzoni*, *Gruber*, *Vincenzi*, *Pfeiffer*, 470 ; de la rage, *Motte*, *Protopopow*, 472 ; phagocytose, *Homfeld*, 472 ; de la diphtérie, *Ribbert*, 473 ; du pus, *Bonome*, 473 ; de la scarlatine, *Jamieson*, *Edington*, *Smith*, *Finkelnburg*, 474 ; de la vaccine, de la variole, *Garré*, 476 ; *Lœff*, *Pfeiffer*, 477, 478 ; de la varicelle, *Pfeiffer*, 478 ; de l'érysipèle, *Rosenbach*, 479 ; dans les pansements, *Bossowski*, 479.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Cocaïne, *Feinberg*, *Blumenthal*, 480. — Muscarine, *Grossmann;* aspidospermine, *Bordoni;* caféine, théobromine, xanthine, *Paschkis*, *Pal*, 481. — Atropine, *Hœltzke*, *Binz*, 482, — Adonis æstivalis, *Marfori;* solanine, *Capparoni*, *Gaignard*, 483. — Cannabis indica, *Hare;* opium, *Laborde*, 484. — Action des alcaloïdes sur les végetaux, *Marcacci;* curare, *Bœhm*, 485. — Strophantus hispidus, *Drasche;* acétophénétidine, *Koller;* mercure, *Leyden*, *Fürbringer*, *Badt*, *Gerhardt*, *Rosenheim*, 487. — Salinaphtol, *Lépine;* terpine, *Madia;* iodoforme, *Heyn*, *Rovsing*, *Poten*, *Lübbert*, *Ruyter*, *Bruns*, 488. — Cuivre, *Curci;* chromate de plomb, *Stewart*, 491. — Opium, *Brunton*, *Cash*, 492.

THÉRAPEUTIQUE.

Injections hypodermiques, *Meunier*, *Bocquillon*, *Dujardin-Beaumetz*, *Ball*, *Bouveret*, *Péchadre*, *Jacquemaire*, *Ley*, *Chabannes*, *Perret*, *Biot*, 492. — Injections rectales, *Cohen*, *Bruen*, *Trudeau*, *Shattuck*, *Jackson*, *Pepper*,

Griffith, 495. — Tuberculose, *Luton*, *Sommerbrodt*, *Hue*, *Bruère*, 498. — Coqueluche, *Guerder*, *Michael*, *Moizard*, *Sonnenberger*, 499. — Acétanilide, *Livierato*, *Lang*, *Huber*, *Faust*, 500. — Salol, *Georgi*, *Behm*, 501; *Bielschovsky*, *Kleefeld*, 502. — Antipyrine, *Cattani*, 503. — Thymol, *Martini*; caféine, *Pletzer*, 504. — Diabète, *Villemin*; électrothérapie, *Engelskjön*, *Friedländer*, *Bernhardt*, 505. — Chlorose, *Schultz*, *Strübing*, injections hypodermiques de fer, *Losio*; traitement abortif du typhus, *Fürbringer*, 506. — Acides benzoïque et salicylique, *Robin*, 507. — Furoncle, *Bidder*, 508.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du cœur, *Giordano*, *Rivalta*, *Bard*, *Tellier*, *Saundby*, *Kofler*, *Frey*, *Fräntzel*, *Cuffer*, *Babillon*, *Lemoine*, *Bobowicz*, *Sierro*, *Picot*, 508; — du poumon, *Dunin*, *Dejean*, *Leroy*, *Rondet*, *Patella*, *Thurler*, *Perlis*, *Hochsinger*, *Ziemssen*, 513; de la plèvre, *Simonini*, *Zahn*, *Pascale*, 517. — Névroses, *Achard*, *Dumontpallier*, *Martinenq*, *Lumbroso*, *Oserezkowski*, *Brissaud*, *Marie*, *Dramwell*, *Morarczik*, *Adamkiewicz*, *Anderson*, *Parker*, *Hadden*, *Mœbius*, *Robertson*, 518. — Maladies de l'estomac, *Kahlden*, *Pilliet*, *Duzéa*, *Lewy*, *Ewald*, *Reichmann*, *Cave*, 525; — du foie, *Cyr*, *Obrzut*, *Naunyn*, *Maragliano*, *Müller*, *Pregaldino*, *Weil*, *Goldschmidt*, *Viti*, *Harley*, *Giraudeau*, *Legrand*, 529; — du rein, *Robin*, *Coriveaud*, *Florand*, *Canniot*, *Thomson*, *Snyers*, *Wille*, *Banham*, *Parker*, *Paget*, 534. — Albuminurie, *Klemperer*, *Bull*, *Collins*, *Coupland*, *Stewart*, *Singer*, *Arturo*, 537. — Fièvre typhoïde, *Robin*, *Leduc*, *Fränkel*, *Mathieu*, *Danlos*, *Alexander*, *Glaser*, 540. — Maladies infectieuses, *Curschmann*, 542; *Hlava*, 543. — Maladies parasitaires, *Zschokke*, *Runeberg*, *Grassi*, *Kartulis*, *Calandruccio*, *Ebertz*, *Viti*, 543; actinomycose, *Hochenegg*, *Hebb*, *Münch*, *Kapper*, 545. — Thrombose de l'artère pulmonaire, *Rendu*, 547.

GYNÉCOLOGIE.

Déciduome, *Klotz*, 547; kyste de l'hymen, *Döderlein*, 548. — Rétrocèle, *Rose*, 549. — Imperforation du vagin, *Polaillon*; tamponnement du vagin, *Etheridge*, *Jackson*, 549. — Hématocèle, *Gusserow*; fistules utéro-intestinales, *Kaufmann*, 550. — Hydrastis canadensis, *Wilcox*; tumeurs de l'utérus, *Müller*, *Wyder*, *Monod*, *Martin*, *Parkes*, *Rose*, *Nagel*, *Hager*, *Kuhn*, *Müller*, *Sänger*, *Prochownick*, 551. — Ovariotomie, castration, *Nicoladoni*, *Leopold*, *Croom*, *Dick*, *Schramm*, *Schrieder*, *Keith*, *Münster*, *Ortmann*, *Tait*, 557. — Hystérectomie, *Gomet*, *Fritsch*, *Frank*, *Thelen*, *Barker*, *Martin*, *Wylie*, 561. — Cancer utérin, *Krukenberg*, *Raymond*, 564.

OBSTÉTRIQUE.

Maladies compliquant la grossesse, *Brieger*, 565. — Travail dans l'analgésie hypnotique, *Dumontpallier*; fibromes et grossesse, *Philipps*, 566. — Bassin plat, *Winter*; placenta gémellaire, *Schatz*, 567. — Déchirement du cordon, *Koch*, 568. — Accouchement provoqué, *Brühl*, 569; *Litschkus*, 570. — Cloisonnement des organes génitaux, *Engel*; hydramnios, *Phillips*; délivrance, *Fischer*, 571. — Grossesse hydatiforme, *Daring*; ablation de l'utérus, *Schultze*, 572; *Gottschalk*, 573; opération césarienne, *Sängers*, *Wiener*, *Leopold*, *Grazzoni*, *Favre*, *Bartlett*, *Garrigues*, 574. — Grossesse extra-utérine, *Bruch*, *Lucas-Championnière*, *Bouilly*, *Schustter*, *Howard*, *Kelly*, *Harris*, *Boulton*, *Feicht*, 576.

MÉDECINE LÉGALE.

Hypnotisme, *de la Tourrette*, 578. — Recherche de la virginité, *Gregoresco*, 579. — Seigle ergoté, *Pouchet ;* docimasie gastro-intestinale, *Ungar ;* spermatozoïdes, *Ungar*, 580. — Pendaison, *Strassman*, 581. — Témoignage des idiots, *Krauss ;* plaies par instruments piquants, *Katayama*, 582.— Cicatrices de sangsues, *Castro ;* plaies, *Agnew ;* empoisonnement par l'atropine, *Kratter*, 583; par l'arsenic, *Garnier*, *Schlagdenhauffen*, 584 ; par l'acide sulfurique, *Garnier ;* par le phosphore, *Poleck*, 585.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Pansement antiseptique, *Tavel*, *Escher*, *Schlange*, *Lucas-Championnière*, 586. — Autoplastie, *Obalinski*, *Israel*, *Wagner*, 587. — Greffe osseuse, *Poncet*, 588. — Anévrismes, *Rummo*, *Ferranini*, *Newmann*, *Cayley*, *White*, *Gould*, *Pringle*, *Abbe*, *Lépine*, *Brancaccio*, *Wharton*, *Guiteras*, *Gehle*, 589. — Ligature des artères, *Ballange*, *Edmunds*, *Drobnik*, *Bryant*, *Rivington*, *Brünner*, *Güterbock*, *Bérard*, 593. — Aiguille dans le cœur, *Stelzner*, 596. — Fracture du crâne, *Berger*, *Klumpke*, 597. — Kystes du cerveau, *Hammond;* bec-de-lièvre, *Eigenbrodt;* abcès sous-lingual, *Weiss*, 598. — Macroglossie, *Dunott ;* Œsophagotomie, gastrostomie, gastrectomie, *Fischer*, *Loreta*, *Wölfler*, *Stetter*, *Rydygier*, *Mikulicz*, *Petersen*, *Socin*, *Stelzner*, *Hahn*, *Rockwitz*, 599. — Opérations sur le foie, *Kelly*, *Ratjen*, *Pringle*, *Ohage*, *Bouveret*, *Morris*, *Trélat*, *Landouzy*, *Segond*, *Langenbuch*, 602. — Opérations sur la rate, *Mosler*, *Myers*, 605. — Hernies et occlusions intestinales, *Terrier*, *Bonnet*, *Hartmann*, *Vincent*, *Reichel*, *Hallé*, *Maroni*, *Fabre*, *Andry*, *Fleiner*, *Czerny*, *Fuhlrott*, *Curschmann*, *Julliard*, 606. — Rétrécissements du rectum, colotomie, *Kümmel*, *Sonnenburg*, *König*, 611. — Laparotomie dans la péritonite et les plaies de l'abdomen, *Schwartz*, *Weinstein*, *Kümmel*, *Pölchen*, *Bramann*, 613; *Bardenheuer*, *Müller*, *Frey*, *Clemow*, *Morton*, *Steiger*, *Pozzi*, *Trélat*, *Berger*, *Le Dentu*, *Sevastopoulo*, *Nimier*, *Packard*, *Hollock*, *Keen*, *Thompson*, *Lücke*, 615. — Maladies de la vessie, *Chandelux*, *Armstrong*, *Brown*, *Mac Gill*, *Mac Cormac*, *Kümmel*, *Livio*, *Richelot*, *Niehans*, *Lange*, *Landerer*, *Keegan*, *Terrier*, *Le Dentu*, *Güterbock*, 622. — Chirurgie des reins, *Fenwick*, *Lewers*, *Wagner*, *Terrier*, *Dittel*, *Weir*, *Tiffany*, 627. — Tuberculoses locales, *Kolischer ;* carcinomes de la mamelle, *Hildebrand*, 630. — Corps étrangers, *Kälin ;* cancroïdes, *Hyvernaud;* gangrènes, *Lang*, 631. — Ongle incarné, *Quénu ;* myosites, *Walther*, *Helferich*, 632.

OPHTALMOLOGIE.

Traité, *Wecker*, *Landolt*, 633. — Astigmatisme spasmodique, *Martin ;* myopie, *Knies*, 636. — Conjonctivite d'Egypte, *Kartulis*, 637. — Kératite phlycténulaire, *Burchardt;* tumeurs de la cornée, *Panas ;* kyste lacrymal, *Schirmer*, 638. — Troubles dans le diabète, *Schirmer*, *Hirschberg*, 639.— Cataracte, *Wicherkiewicz*, 640; *Peignon*, 641. — Affections oculaires produites par la foudre, *Vossius*, *Uhle*, *Meyhöfer*, 641 ; *Knies*, 643. — Commotion de la rétine, *Ostwald;* rétinite brightique, *Gand ;* amauroses, *Ziegler*, 644. — Lésions de l'alcoolisme, *Uhthoff;* blessures par la dynamite,

Hippel, 645. — Influence des cautérisations nasales, *Ziem;* névrite rétrobulbaire, *Landesberg;* influence de l'érysipèle, *Dufaut*, 646; *Weiland*, *Dufour*, 647. — Glaucome, *Rheindorf*, 647. — Panophtalmie, *Gayet*; colobome central, *van Duyse*. — Accomodation, *Lang*, *Barrett*, 649.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX.

Déviation de la cloison, *Heymann*, *Hartmann*, *Bœcker*, *Schœtz*, 649. — Rhinite atrophique, *Noquet;* osène, *Habermann*; vertige nasal, *Joal*, 651. — Tumeurs tuberculeuses du nez, *Schäffer*, 652. — Rhinoplastie, *König*, *Obalinski;* rhinosclérome, *Doutrelepont;* pharyngite sèche, *Moure*, 653; *Farlow*, *Baber*, 654. — Céphalalgie, *Legal;* hay fever, *Rœ*, 654. — Benzoate de soude, *Ruault;* amygdalotomie, *Sands*, *Terrillon;* manuel du chant, *Mackensie*, 655. — Trachéotomie, *Houzel*, *Le Dentu*, *Terrier*, *Broca*, *Hartmann*, *Pichevin*, 656; *Schmidt*, 657. — Autoplastie trachéale, *Jacobson;* rétrécissement de la trachée, *Schmidt;* granulomes trachéaux, *Störk*, 658. — Tumeurs trachéales, *Masini*, *Jarvis;* absence de l'épiglotte, *Donaldson*, 659. — Anomalie du larynx, *Garel;* spasme de la glotte, *Krause*, 660. — Œdème du larynx, *Major*, *de Blois;* paralysie laryngée, *Semon*, 661; dans le tabes, *Weil*, *Luc*, *Felici*, 663; par lésion corticale, *Massei*, 664. — Polype du larynx, *Lublinski*, 664. — Tubercules du larynx, *Lublinski*, *Tissier;* corps étranger, *Mac Cormac*, 665. — Tubage du larynx, *Störk*, *Montgomery*, *Waxham*, *Hoadley*, *Ingals*, *Huber*, *Brown*, *Northrup*, *Dwyer*, *Chabanet*, 666. — Thyréotomie, *Wagner*, 668. — Extirpation du larynx, *Labbé*, *Bœckel*, *Browne*, *Dupont*, *Agnew*, 669; *Morris*, *Semon*, *Butlin*, 670. — Hyperacousie, *Lannois;* maladie de Ménière, *Brunner*, 671. — Atrophie de l'organe de l'ouïe, *Richey*, 672.

MÉDECINE MILITAIRE

Statistiques de l'armée française, 672; anglaise, *Lawson;* autrichienne, *Myrdacz*, 673. — Alimentation du soldat, *Montéty*, *Grimm;* influence de la marche, *Hiller;* statistique ophtalmologique, *Chauvel*, 674. — Os d'exercice, *Ludwig;* cœur forcé, *Duponchel*, *Coustan*, 675. — Abcès du foie, *Tomes*, 676. — Fièvre typhoïde en Tunisie, *Blanc;* fièvres palustres, *Catrin*, 677. Médications antiseptiques, *Habart;* projectiles nouveaux, *Chauvel*, 678.

REVUES GÉNÉRALES.

La bactériologie médicale, *Barth*, 679.

De l'acétanilide, *Chouppe*, 726.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

Page 734.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Sulla fine struttura dei corpi striati e dei talami ottici, par MARCHI (*Rivista sperimentale di Freniatria, t. XII, p.* 285-307, 6 *planches*).

C'est en se servant de la méthode de Golgi que Marchi a obtenu les résultats suivants :

Dans les corps striés, on trouve deux espèces de cellules, des grandes et des petites, munies de deux sortes de prolongements : prolongement nerveux et prolongements protoplasmatiques. Relativement à la manière dont se comporte le prolongement nerveux, les deux types décrits par Golgi (1er type : prolongement gardant son individualité et se continuant avec un cylindre d'axe; 2e type : prolongement se résolvant en fin réseau nerveux) se rencontrent dans les deux noyaux du corps strié avec prédominance du 2e type, moins accentuée cependant dans le noyau lenticulaire.

Dans les couches optiques, les cellules ne sont pas groupées, mais irrégulièrement répandues dans la masse de substance grise. Contrairement à ce qui existe dans les corps striés, ce sont les cellules du premier type qui prédominent.

Rien de bien particulier à noter à propos de la capsule interne et, quant aux rapports des prolongements protoplasmatiques avec les vaisseaux et avec la névroglie, ils sont ceux que Golgi a décrits.

L'épendyme qui recouvre les corps striés et les couches optiques est formé d'éléments cylindro-coniques dont l'extrémité amincie se continue par un long prolongement très ramifié qui en grande partie va entrer en rapport avec la paroi des vaisseaux.

Enfin, au point de vue physiologique et étant donnée l'opinion de Golgi sur le rôle respectif de ses deux types de cellules, il résulte que les ganglions en question sont mixtes, mais, en tenant compte de la prédominance du 1er type dans les uns, du 2e type dans les autres, les corps striés appartiennent *surtout* à la sphère sensitive, et les couches optiques à la sphère motrice. A. NICOLAS.

Sulla struttura della ghiandola pineale (Sur la structure de la glande pinéale), par CIONINI (*Rivista speriment. di Freniatria, t. XII, p.* 364-370, 1 *planche*, 1887).

L'auteur a appliqué la méthode de Golgi (bichromate de potasse et nitrate d'argent à 0,60 0/0) sur des glandes pinéales de bœuf et de veau.

On obtient alors une coloration noire des vaisseaux et des cellules : celles-ci sont toutes les mêmes. Leur corps cellulaire arrondi ou irrégulier a de 10 à 18 μ, et possède des prolongements au nombre de 5 à 15 qui ont tous le même aspect, s'intriquant avec ceux des cellules voisines mais sans contracter d'anastomoses avec eux. Beaucoup de ces prolongements vont s'appliquer par leur extrémité un peu étalée sur la paroi des vaisseaux sanguins.

Enfin aucun d'eux ne présente ces dispositions si bien indiquées par Golgi, qui caractérisent le prolongement nerveux.

Quant aux fibres nerveuses, Cionini n'en a jamais rencontré dans le parenchyme de la glande pinéale.

En résumé, il n'existe pas d'éléments nerveux dans cet organe et les cellules qui en forment le stroma ont tous les caractères d'éléments conjonctifs, névrogliques, de telle sorte que l'importance fonctionnelle de la glande pinéale est absolument problématique. A. NICOLAS.

De l'écorce cérébrale, par J. LUYS (*Encéphale, n°* 1, 1887).

L'épaisseur, la coloration et la consistance de l'écorce cérébrale sont mieux connues que sa structure. L'auteur rejette l'hypothèse qu'il y aurait cinq couches de cellules. Pour lui, il y en a beaucoup plus, car les séries de cellules stratifiées peuvent être évaluées, en moyenne, de 40 à 50 par demi-millimètre carré. Ces cellules s'anastomosent par leurs prolongements et forment ainsi un réseau continu. Elles ont toutes plus ou moins une forme pyramidale. Les plus petites occupent les régions sous-méningées de l'écorce, les plus grandes les couches profondes ; enfin, les cellules géantes ne se rencontrent que dans les régions motrices, au voisinage de la substance blanche. Toutes ces cellules sont composées d'un corps, d'un noyau et de prolongements. Quant au nucléole, Luys ne l'admet pas. On a pris, selon lui, pour des nucléoles, la surface de section des prolongements de cellules. — Enfin, il décrit dans l'écorce une nouvelle espèce de cellules. Ce sont des cellules aplaties, ovoïdes, ou irrégulièrement polygonales, et dont tous les angles émettent des radiations fines, égales entre elles. Ce ne sont ni les cellules nerveuses pyramidales, ni les cellules araignées du tissu conjonctif : Luys les compare au corps d'un cloporte et se demande si elles ne représentent pas les cellules centrales des sympathiques, et si elles ne présideraient pas à l'innervation viscérale. DESCOURTIS.

Recherches sur la portion terminale du canal de l'épendyme chez les vertébrés, par G. SAINT REMY (*Thèse de Nancy*, 1887).

Le canal de l'épendyme des vertébrés, en passant de l'état embryonnaire à l'état adulte, conserve un calibre plus grand dans sa portion terminale et la structure de l'épithélium à ce niveau rappelle celle de l'épendyme à l'état embryonnaire. Ces faits sont surtout accusés dans le

jeune âge. Chez les mammifères jeunes (rat, cobaye, chat), on trouve un élargissement du canal de l'épendyme qui ne se rencontre plus chez les adultes tel qu'on l'observe chez les jeunes. Cette cavité doit être considérée comme le résultat d'un retard dans l'oblitération du canal de l'épendyme, aussi est-il plus exact de lui réserver la dénomination de *sinus terminal;* le terme de ventricule (Krause) implique à tort l'idée d'une dilatation vraie, active du canal médullaire embryonnaire.

Ce sinus terminal n'existe pas chez les oiseaux, les batraciens et les poissons. P. PARISOT.

I. — Sur les nerfs craniens d'un embryon humain de 32 jours, par C. PHISALIX (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *janvier* 1887).

II. — Sur l'anatomie d'un embryon humain de 32 jours, DU MÊME (*Ibidem*, 14 *mars* 1887).

I. — La théorie de Balfour, d'après laquelle les nerfs craniens seraient disposés sur un type absolument différent des nerfs spinaux et proviendraient primitivement d'un nerf mixte à racine dorsale unique, repose sur un fait négatif, à savoir l'impossibilité pour lui de découvrir, dans ces nerfs craniens, des racines antérieures comparables à celles des nerfs spinaux. Déjà Marshall a combattu cette hypothèse par des arguments sérieux. Par l'étude de la disposition des racines chez l'embryon, Phisalix vient la combattre à son tour. Il montre, par exemple pour le nerf trijumeau, que son ganglion possède deux racines, comme ceux des nerfs spinaux; mais que ces deux racines, au lieu d'être séparées à leur origine par toute la hauteur du bulbe, sont très rapprochées : il y a seulement une convergence plus grande des racines, dès leur sortie, comme si la racine antérieure eût été entraînée avec les cellules où elle prend naissance; et en effet ces cellules, au lieu d'être nettement limitées en une corne antérieure, s'étendent du côté dorsal et forment une bande qui, en certains points, occupe la moitié de la hauteur du bulbe. Pour les nerfs mixtes, on voit que l'augmentation de diamètre du tube médullaire a entraîné un accroissement des masses cellulaires, et par suite de la corne antérieure; aussi le bourgeonnement des racines antérieures s'est-il fait sur une plus grande étendue. Les fibres qui en sont nées vers le côté dorsal, étant plus rapprochées du ganglion, se sont d'abord unies à lui, et il s'est établi une sorte de balancement par suite duquel les racines antérieures proprement dites ont diminué de plus en plus d'importance.

II. — Dans sa seconde note, sur ce même embryon, l'auteur élucide diverses questions importantes d'embryologie : nombre des prévertèbres (il y en a 38); formation de la cloison inter-auriculaire; formation du pancréas. Cette glande apparaît sous forme de deux ébauches distinctes, l'une correspondant au conduit accessoire, l'autre au canal de Wirsung. La première naît de la paroi latérale gauche du duodénum, un peu au-dessus du canal cholédoque; la deuxième est en relation intime avec le canal cholédoque. Les deux glandes embryonnaires sont plongées dans la masse de mésoblaste qui enveloppe le duodénum et sont complètement séparées par la veine porte qui passe entre les deux pour se jeter dans le sinus inférieur du foie. M. DUVAL.

Ueber Ursprungsverhaeltnisse des Acusticus und die directe sensorische Kleinhirnbahn (Origines du nerf auditif ; le faisceau sensoriel direct du cervelet) par EDINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 507, *juillet* 1886).

La racine postérieure du nerf auditif provient de ce que l'on a nommé le noyau antérieur du nerf acoustique. Ce noyau est en relation : 1° avec l'olive supérieure du côté opposé, par un faisceau considérable qui traverse le corps trapézoïde; 2° avec l'olive supérieure du même côté, par des fibres moins nombreuses; 3° avec le noyau acoustique interne, par des fibres arciformes qui enlacent le corps restiforme. Ces fibres se trouvent en dedans des stries acoustiques.

Un fort tractus de fibres réunit l'olive supérieure au noyau du moteur oculaire externe, et met ainsi le nerf auditif en rapport avec les nerfs moteurs de l'œil.

La racine antérieure du nerf auditif provient du noyau interne du nerf acoustique. Ce noyau est également relié à l'olive supérieure; de son côté interne partent des fibres grêles que l'on ne peut suivre au delà du noyau du nerf moteur oculaire externe.

Un troisième système de fibres, qui entre dans la composition du nerf auditif, est fourni par un rameau de ce qu'Edinger appelle le faisceau sensoriel direct du cervelet; c'est, pour une grande partie, ce que Meynert et d'autres ont nommé division interne du pédoncule cérébelleux. Le faisceau sensoriel direct provient de la région des noyaux du toit, avec des fibres assez épaisses qui sont toutes situées en dedans du corps dentelé du cervelet; il se sépare nettement de la portion spinale du corps restiforme qui entoure latéralement le corps dentelé; ses fibres arrivent jusqu'à la commissure antérieure d'entrecroisement (Stilling) du vermis.

Une portion de ce faisceau sensoriel direct du cervelet se rend au nerf auditif; une autre descend en avant jusqu'au trijumeau; un troisième fascicule rétrograde et peut être suivi jusque dans les cordons postérieurs; comme, chemin faisant, il diminue de volume, il est vraisemblable qu'il cède des fibres au glosso-pharyngien et au pneumogastrique. Ce faisceau, complètement étranger au nerf auditif, est identique à celui que Roller a désigné comme racine ascendante de l'acoustique. Edinger lui a choisi un nom rappelant que ses fibres, sans affecter aucune connexion avec les noyaux nerveux, se rendent directement du cervelet dans les nerfs périphériques de sensibilité spéciale. C'est sur le trajet du faisceau sensoriel direct du cervelet que se trouve le noyau de Deiters, dont la dégénération consécutive à la section des cordons postérieurs s'explique bien maintenant, puisque la ramification postérieure du faisceau sensoriel direct du cervelet se trouve du même coup coupée.

J. B.

Studien über Innervation der Lymphherzen (Études sur l'innervation des cœurs lymphatiques), par KABRHEL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 393, 1886).

Les cœurs lymphatiques ont-ils des centres moteurs dans l'épaisseur de leurs parois comme les cœurs sanguins, ou bien les centres existent-ils dans la moelle ?

L'auteur fixe les grenouilles sur une planche, met à nu les cœurs

lymphatiques postérieurs, puis détruit la moelle sur toute son étendue au moyen d'une forte aiguille. Les cœurs cessent de battre.

Que si au contraire les divers segments de la cuvette ont été détruits successivement, après cette destruction, les battements continuent régulièrement. Cela prouve que les centres automatiques des cœurs lymphatiques existent en dehors de la moelle.

La destruction d'un segment médullaire détermine d'abord un arrêt du cœur lymphatique, puis on voit reparaître des contractions irrégulières, et enfin des battements réguliers. Il y a donc dans la moelle des centres qui influencent les cœurs lymphatiques. Cette influence se traduit par une excitation et non par une action paralysante : en effet, les contractions irrégulières sont suivies de contractions régulières, ce qui n'arriverait pas si les centres médullaires avaient déterminé une paralysie. Il y a donc dans la moelle des centres d'arrêt des cœurs lymphatiques; l'excitation modérée de ces centres détermine une suspension des battements suivie de contractions irrégulières, puis de battements réguliers; l'excitation très énergique de ces centres détermine l'arrêt définitif des contractions des cœurs lymphatiques : c'est ce qui se produit dans la destruction rapide de la totalité de la moelle. L. GALLIARD.

Die Regeneration von Geweben... (La régénération des tissus et des organes chez les vertébrés, notamment chez les amphibies et les reptiles), par FRAISSE (*In-4° 164 p., Berlin*, 1885).

Les recherches de Fraisse embrassent la régénération de l'épiderme et des autres épithéliums, du derme et des glandes de la peau, du squelette, de la moelle, du système nerveux périphérique, des muscles et des vaisseaux.

Tous les tissus sont susceptibles de se régénérer, soit directement aux dépens de leurs éléments, soit aux dépens d'une matrice, et tant que cette matrice n'est pas épuisée. Ainsi pour l'épiderme, cette matrice est le corps muqueux de Malpighi; pour le système nerveux central, l'épithélium épendymaire... etc. La régénération ne donne jamais que des tissus homologues ou identiques aux tissus qui en sont le point de départ. Quant aux leucocytes, ils ne deviennent jamais les éléments fixes d'un tissu, pas plus dans le tissu conjonctif qu'ailleurs; ils ne jouent de rôle que dans la nutrition, en s'assimilant des produits de décomposition qu'ils vont transporter ailleurs.

Les cellules se reproduisent non seulement par division indirecte, mais encore par division directe et par fragmentation, et en tout cas le processus de division paraît être beaucoup plus simple qu'on ne le décrit habituellement.

La régénération des tissus aussi bien que celle des organes est en règle générale une récapitulation exacte de l'ontogénie, parfois aussi de la phytogénie, témoin la néoformation des vertèbres chez les jeunes urodèles et chez leurs larves. Il y a cependant des exceptions, par exemple le tube vertébral des reptiles, les nerfs dans la queue du lézard... etc. Il faut voir alors ici des sortes de manifestations héréditaires, ou des adaptations de tissus. A. NICOLAS.

Étude sur la structure intime de la cellule musculaire striée, par van GEHUCHTEN (*La Cellule* (*Liège*), *t. II*, 2e *fasc.*, *p.* 294-453, 6 *planches*).

L'auteur a choisi comme objet d'étude les muscles des Arthropodes. S'adressant à la fibre musculaire striée adulte et négligeant ce qui a trait au sarcolemme et aux noyaux, il porte principalement son attention sur la substance striée. Il l'envisage d'abord à l'état statique, puis à l'état dynamique, c'est-à-dire pendant la contraction.

Les conclusions sont les suivantes :

Il existe dans la partie striée du muscle deux éléments essentiellement distincts. L'un est structuré ; il forme dans toute la masse de la fibre un réseau à mailles égales d'une régularité mathématique. Ces mailles qui communiquent toutes entre elles présentent ceci de remarquable, c'est que toutes celles d'un même plan, et toutes celles des différents plans sont juxtaposées régulièrement quel que soit l'endroit que l'on considère. Il en résulte que les filaments transversaux qui les limitent en haut et en bas se trouvent tous au même niveau, de même que ceux qui les limitent dans le sens longitudinal forment des filaments continus reliés entre eux par les filaments transversaux. — La substance qui constitue le réticulum musculaire offre une résistance remarquable à l'action des divers agents chimiques; elle est extensible et élastique et semble de nature plastinienne.

Le second élément, semi-liquide et visqueux, est amorphe, riche en myosine, uniforme dans toute sa masse. Il remplit toutes les mailles du réticulum musculaire.

Le réticulum musculaire constitue la partie la plus importante, car c'est en lui que réside la contractilité ; le second élément ne faisant que suivre les mouvements du réticulum. A. NICOLAS.

Die beiden Keimblätter und der Mittelkeim (Les deux feuillets germinatifs et le germe moyen), par W. WOLFF (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXVIII*, *Heft* 4).

L'auteur fait d'abord un court historique de la question, en insistant surtout sur l'opinion de Remak. Puis, comme la formation des feuillets blastodermiques est commandée par celle de la gastrula, et que celle-ci dépend à son tour en partie de la configuration de l'œuf, il étudie d'abord assez longuement comment les diverses formes d'œufs se produisent, et examine les rapports que ces formes variées d'œufs présentent avec les divers modes de gastrulation. Il étudie successivement à ce point de vue les gastrulations embolique, épibolique, par délamination, et le mode de formation de la gastrula des mammifères, qui est une délamination compliquée d'épibolie.

Il s'élève à l'occasion contre la théorie de Kuppfer, d'après qui la ligne primitive avec la gouttière primitive des oiseaux et des reptiles correspond à une partie de la cavité de la gastrula chez l'amphioxus et les invertébrés. La ligne primitive n'est, en effet, que l'expression optique d'un épaississement linéaire du feuillet externe, sur lequel, chez la plupart des vertébrés (sauf le lépidostée, les téléostéens et le pétromyzon),

une gouttière, la gouttière primitive se développe, qui indique une invagination de la ligne primitive vers la face ventrale. Le processus, qui conduit à la formation de la ligne et de la gouttière primitives se présentant en dehors de la gastrulation chez les amphioxus et en étant tout à fait indépendant chez les autres Métazoaires, ne peut être considéré comme l'analogue d'une gastrulation. En outre, la gastrulation est terminée, le germe a deux feuillets, lorsque paraît la gouttière primitive. L'auteur n'admet pas davantage la théorie émise par Balfour au sujet de la signification de la ligne primitive des Sauropsidés ; il se refuse donc à en faire l'homologue de la partie neurentérique du blastopore des élasmobranches.

Arrivant alors à son véritable sujet, Wolff s'élève contre la dénomination de feuillet moyen que l'on a imposée aux quelques cellules mésodermiques qui se trouvent entre les deux feuillets, externe et interne. Ces cellules sont situées, chez les vertébrés, sur le côté du blastopore. La formation des feuillets blastodermiques les uns aux dépens des autres, et successivement, ainsi que Remak l'avait conçue, n'est pas exacte. Le feuillet interne, c'est, pour l'auteur, le reste du germe, après le départ du feuillet externe ; ce n'est pas un feuillet interne primaire destiné à se diviser plus tard en feuillet interne secondaire et feuillet moyen. Les dicyémides en sont un exemple frappant. Le feuillet moyen, à son tour, ne résulte pas d'une délamination du feuillet interne, ainsi que Remak l'avait admis. Il est la partie du germe non employé à la constitution du feuillet interne, et se trouve constitué, par conséquent, en même temps que ce dernier. Mais, comme à son début il n'a pas la forme d'un feuillet, qu'il ne prendra que plus tard, lorsque, pénétré par les éléments des feuillets externe et interne, il n'aura plus ni individualité, ni unité, l'appellation de feuillet moyen est impropre et doit être remplacée par celle de Mittelkeim (germe moyen). A. PRENANT.

Beiträge zur Entwickelungsmechanik des Embryo (Contributions à la mécanique du développement embryonnaire), par W. ROUX (*Arch. für mikr. Anat., Band XXIX, Heft* 2, *p.* 157-212, 1 *pl.*).

Dans les conditions normales, c'est-à-dire l'œuf de grenouille ayant la position que librement et de lui-même il a prise, on constate les faits suivants :

1° La direction du premier plan de segmentation qui intéresse le noyau vitellin est donnée par la direction suivant laquelle se conjuguent les deux éléments mâle et femelle, et, bien plus, coïncide avec elle ;

2° La direction du premier plan de segmentation qui frappe le vitellus est donnée par la direction d'après laquelle s'est faite la copulation des produits sexuels ; elle lui est parallèle ou accidentellement superposée ;

3° La situation de l'embryon dans l'œuf est déterminée par le sens suivant lequel la conjugaison sexuelle s'est opérée : ainsi la face de l'œuf par où le spermatozoïde a pénétré (face de fécondation) devient la face ventrocaudale de l'embryon.

Dans des conditions anormales, c'est-à-dire quand l'œuf occupe une situation forcée où son axe, déterminé par la ligne qui joint le pôle noir au pôle blanc, est oblique de plus de 30 degrés environ, la direction du

plan de segmentation du vitellus est subordonnée à celle du plan de symétrie de l'œuf; et celle-ci est à son tour influencée par la répartition qu'ont dû prendre les divers matériaux du vitellus de poids spécifique inégal, sous l'influence de la pesanteur. Mais, pour ce qui est du sens de la première segmentation du noyau, autant qu'on peut en juger, il demeure sous la dépendance de la direction suivant laquelle les pronucléus se sont unis.

Ainsi la « direction de segmentation » est parallèle ou superposée à la « direction de copulation ». Ce parallélisme, ou cette coïncidence, a la signification fonctionnelle que voici : Que l'effet de la copulation soit une simple juxtaposition des deux substances nucléaires mâle et femelle, ou qu'il soit un mélange réel, mais incomplet des deux produits, le mécanisme du partage des deux éléments unis, mais incomplètement mélangés, sera rendu, grâce à la coïncidence dont il est question, le plus simple possible. A. PRENANT.

Entwickelung der Branchialbogen und-Spalten des Hühnchens (Développement des fentes et des arcs branchiaux chez le poulet), par Franklin MALL (*Arch. f. Anat. und Physiol. Anat. Abth., Heft* 1, *p.* 1-33, 1887).

L'auteur, après avoir reconnu l'exactitude du fait, avancé par His, décrit ensuite par Born et Kölliker, à savoir : que les *fentes* branchiales n'existent pas, et qu'il n'y a que des poches entodermiques, et des poches ectodermiques, deux arcs voisins étant unis par une mince lamelle mésodermique tapissée à l'extérieur par l'ectoderme et à l'intérieur par l'entoderme, l'auteur, disons-nous, expose alors la formation des arcs branchiaux dans l'ordre chronologique et passe ensuite à l'étude des dérivés des poches branchiales.

Les quatre arcs se montrent à la fin du deuxième jour et sont complètement formés à la fin du troisième. A la fin du quatrième jour, les premier et deuxième arcs arrivent presque jusqu'à la ligne médiane pendant que quatre petites éminences, les *colliculi branchiales externi* de Moldenhauer, apparaissent de chaque côté de la première poche ectodermique, deux en avant sur le bord postérieur du premier arc, deux en arrière sur le bord antérieur du deuxième. A la fin du cinquième jour, le maxillaire inférieur est complètement formé et tout à fait séparé des *colliculi* qui figurent une enceinte autour du méat auditif externe. A la fin du sixième jour, le bec, l'oreille externe et le cou sont complètement formés et au huitième jour il ne reste plus aucune trace des arcs branchiaux.

Relativement aux dérivés des poches branchiales, Mall envisage successivement le corps thyroïde, le thymus et la langue. D'accord avec Seessel il fait provenir le corps thyroïde d'un bourgeon impair, et ce bourgeon part d'un point situé entre le deuxième et le troisième arc.

Le thymus est formé par le revêtement entodermique de la troisième *poche branchiale* et est représenté par une masse triédrique située sur le côté latéral et dorsal du troisième arc aortique. Pendant que la tête s'élève, la partie supérieure du thymus s'allonge rapidement, sa partie inférieure restant à côté du corps thyroïde. Au septième jour, ces deux parties se séparent et le corps thyroïde se place entre elles deux.

En outre, la troisième poche branchiale entodermique donne naissance à des formations décrites par Seessel comme « glandes thyroïdes accessoires ».

La quatrième poche entodermique et la fosse subbranchiale produisent chacune par bourgeonnement un corps tout particulier, dont la signification est énigmatique et que Mall appelle « corps *x* » et « corps *y* ». A la fin du dixième jour, l'extrémité inférieure isolée du thymus et le corps *x* se sont réunis formant une masse située en bas et en avant du lobe thyroïde avec lequel elle se fusionne enfin vers le quatorzième jour.

Le corps y présente une structure différente de celle de tous les organes environnants ; vers le dixième jour, il se fragmente en petits grains, si bien qu'à la fin de l'incubation il n'est plus représenté que par ces grains arrondis que Remak a vus autour des arcs aortiques.

Enfin pour ce qui touche au développement de la langue, Mall déclare que son corps naît sur la ligne médiane par une petite saillie placée en avant de l'union des deuxièmes arcs et au contact des premiers.

La racine est formée surtout aux dépens du deuxième et en partie aux dépens du troisième arc. A. NICOLAS.

Beiträge zur Anatomie des Ohres (Contributions à l'anatomie de l'oreille), par BULLE (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXIX, Heft* 2, *p.* 27, 1 *pl.*).

Ce travail a trait :

1° A la forme de la caisse du tympan. L'auteur décrit la forme de la caisse chez l'adulte et le fœtus, et signale l'existence de prolongements osseux qui naissent surtout de la paroi externe de la caisse, et contribuent ainsi à diminuer sa cavité et à la rendre plus irrégulière.

2° A l'épithélium de la caisse. Sur cette question très controversée encore, Bulle est arrivé à ces résultats très généraux : l'épithélium est plat aux endroits où la muqueuse qu'il tapisse est mince et peu vascularisée ; il est cubique là où la muqueuse est plus épaisse ; et, dans les régions où elle est puissamment développée et irriguée, l'épithélium se montre cylindrique et cilié, avec de petites cellules de remplacement, profondément situées. Pour préciser les faits observés, l'épithélium de la trompe, cylindrique et vibratile, se prolonge sur la partie externe et latérale de la paroi supérieure de la caisse jusqu'au bord du tympan ; la paroi interne et inférieure est revêtue d'épithélium plat ; le tympan est tapissé d'une simple couche de cellules pavimenteuses ; les osselets possèdent une muqueuse elle aussi recouverte d'épithélium plat ; les cellules plates ciliées représentent des formes de passage. L'étude de l'épithélium, chez les animaux, confirme la loi générale posée par Bulle.

L'épithélium, chez le fœtus, après avoir été stratifié et vibratile, puisque l'oreille moyenne n'est qu'un diverticule pharyngien, devient cilié à deux couches (à 4 mois), et n'a plus (à 7 mois), qu'une seule assise de cellules dépourvues de cils.

3° Aux glandes de la caisse du tympan. Bulle retrouve la glande signalée par V. Tröltsch sur la paroi externe, là où la trompe débouche dans la caisse. Il retrouve aussi les utricules ovales simples que Krause a découverts. Mais l'épithélium de ces glandes a la même structure que l'épithélium de la muqueuse dont elles émanent : plat ou cylindrique et cilié, suivant les régions. Comme le fait remarquer Bulle, un enfonce-

ment de muqueuse n'a droit au titre de glande qu'autant que l'épithélium de la muqueuse s'est modifié dans cette partie invaginée en vue de la fonction spéciale à remplir. Ici pas de modification épithéliale ; donc pas de glande. Les prétendues glandes que V. Tröltsch, Kessel, Wendt, Krause ont décrites ne sont que des « cryptes ».

4° A des appendices glanduleux du saccule. Ce sont des invaginations peu profondes de la paroi du saccule, situées au voisinage de la macula acustica. On peut les rapprocher des formations que Bœttcher a décrites sur le ductus endolymphaticus, et que cet auteur a considérées comme destinées à fournir de l'endolymphe. A. PRENANT.

Sur la structure de la choroïde et sur l'analogie des espaces conjonctifs et des cavités lymphatiques, par E. HACHE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 4 *avril* 1887).

La couche externe de la choroïde, *lamina fusca* des anciens anatomistes, tissu supra-choroïdien de Schwalbe, est considérée, par ce dernier auteur, comme contenant les voies lymphatiques de la choroïde, et les minces lamelles anastomosées, qui la constituent, limitent un réseau de lacunes, dont la nature lymphatique serait démontrée par ce fait que ces lamelles auraient sur leurs deux faces un revêtement endothélial continu. Cette manière de voir n'est cependant pas entièrement exacte : d'une part, les cellules pigmentaires ne sont pas dans l'épaisseur des lamelles, mais bien appliquées sur une de leurs faces, où elles rappellent, par leur disposition en plaques larges et étalées régulièrement, la disposition de cellules endothéliales, avec cette différence qu'elles ne se touchent pas et ne constituent pas un revêtement continu. D'autre part, la face des lamelles couverte par ces cellules pigmentaires ne possède pas de revêtement endothélial ; celui-ci n'existe que sur la face opposée. L'ensemble de ces dispositions est tel que toutes les lamelles sont orientées de sorte que toutes leurs faces endothéliales regardent du côté de la sclérotique, tandis que les faces à cellules pigmentaires regardent la couche des vaisseaux. M. DUVAL.

Sur les nerfs dilatateurs de la pupille chez le chat, par J. PRZYBYLSKI (*Arch. slaves de Biologie, t. II, p.* 400, 1886).

Trois points principaux ont fixé l'attention de l'auteur.

Est-ce dans la moelle ou dans le cerveau que se trouve le centre des nerfs dilatateurs de la pupille ? Quels sont leurs points d'émergence hors de l'organe nerveux central ? Quelles sont enfin les voies par lesquelles ces nerfs se rendent dans le globe oculaire ?

Ses conclusions peuvent se résumer ainsi : Le centre des fibres dilatatrices pupillaires est localisé dans le cerveau et l'hypothèse de l'existence d'un centre médullaire est inacceptable. Les fibres nerveuses émanées de ce centre cérébral descendent dans la moelle et quittent cet organe avec les racines antérieures de la 8e paire cervicale, et des 1re et 2e dorsales ; elles entrent alors par l'intermédiaire de rameaux communicant dans le sympathique cervical, pénètrent dans le crâne, se réunissent au ganglion de Gasser et continuent leur trajet dans la branche ophtalmique du trijumeau. Enfin elles abordent le globe oculaire en suivant les nerfs ciliaires longs. A. NICOLAS.

Zur Anatomie der Orbitalarterien (Anatomie des artères de l'orbite), par Fr. MEYER (*Morphol. Jahrbuch, Band XII, Heft* 3).

A propos d'un cas d'hémorragie à la suite d'énucléation de l'œil, l'auteur, ayant pensé que l'artère ophtalmique ou une de ses grosses branches affectant un trajet anormal avait été coupée, fut amené à rechercher les anomalies de ces artères. C'est ce qu'il fit sur le sujet victime de cet accident, et sur une vingtaine d'autres individus.

L'artère ophtalmique du côté opéré ne passait pas par le trou optique, mais pénétrait dans l'orbite par la fente orbitaire supérieure; la méningée moyenne donnait un tronc qui se divisait en lacrymale et sus-orbitaire; cette dernière branche s'anastomosait avec l'artère ophtalmique par-dessus le nerf optique. Du côté non opéré se voyait une anomalie que l'auteur a souvent retrouvée ensuite: l'artère, au lieu de passer en dessus et en dehors du nerf optique pour le croiser de nouveau de dehors en dedans, était placée en dessous du nerf qu'elle accompagnait. En réalité, ce trajet anomal était dû au développement considérable d'un rameau anastomotique, fournissant d'ailleurs la centrale de la rétine, tandis que le véritable tronc de l'ophtalmique, entre les deux points unis par l'anastomose, était réduit d'autant. Dans la normale, l'ophtalmique pénètre dans l'orbite après avoir de bonne heure traversé le feuillet interne de la gaine durale du nerf optique. Ici, au contraire, la branche qui, par son calibre, représente le tronc de l'artère, reste appliquée contre le nerf par ce feuillet engainant et ne le traverse que tard et peu à peu. La volumineuse branche anastomotique, immobilisée contre le nerf, a pu être intéressée en même temps que lui. Ce travail est accompagné d'un historique détaillé. A. PRENANT.

Recherches sur la mensuration de la tête à l'aide de nouveaux procédés céphalographiques, par LUYS (*Encéphale n°* 6, 1886).

La mensuration de la tête est faite au moyen de trois instruments destinés à prendre respectivement la courbe horizontale, la courbe biauriculaire et la courbe antéro-postérieure. Ils sont basés sur le principe du conformateur des chapeliers, mais ils en diffèrent en ce qu'ils donnent le tracé exact des courbes crâniennes, et non un tracé réduit et déformé, et, en second lieu, en ce qu'ils présentent à leur partie médiane une brisure articulée, qui permet de les retirer facilement lorsque les touches ont été immobilisées au contact du cuir chevelu. D'autres perfectionnements y ont été apportés; c'est ainsi qu'un système particulier, adapté au céphalographe antéro-postérieur, permet d'obtenir la projection du point auriculaire sur le plan médian; enfin un crayon spécial inscrit exactement chaque courbe sur le papier.

Le tracé antéro-postérieur a permis de constater que le point auriculaire occupe une situation très variable. Il est placé plus ou moins haut, plus ou moins en arrière, suivant les différents sujets et suivant la forme de la tête et du front en particulier. Le tracé horizontal permet de diviser immédiatement les sujets en brachycéphales et dolichocéphales. Il montre qu'il y a souvent chez eux asymétrie entre le côté gauche et le côté droit, et, en outre, que le segment postérieur de la courbe est constamment supérieur au segment antérieur.

L'ensemble des trois tracés donne une idée générale de la capacité cranienne chez les différents sujets normaux ou pathologiques. Or, il semble que cette capacité est supérieure à la capacité ordinaire chez les paralytiques généraux, chez les maniaques et les hallucinés, hommes ou femmes. Enfin, ces tracés peuvent fournir des renseignements très utiles au point de vue du développement du crâne chez les jeunes sujets ; ils peuvent même servir à reconnaître l'identité des criminels récidivistes.

DESCOURTIS.

Contribution à l'anatomie du nez, par LŒWE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 805, 15 *novembre* 1886).

A l'aide de coupes pratiquées sur des nez de lapins, Lœwe établit les points suivants :

1° La cloison des cellules ethmoïdales qui fait saillie dans le labyrinthe ethmoïdal possède un véritable épithélium olfactif, tandis que les dépressions intermédiaires aux crêtes sont tapissées par un épithélium analogue à celui de la région respiratoire du nez. Comme, en outre, les crêtes du labyrinthe ethmoïdal sont revêtues de nombreux faisceaux de nerfs olfactifs et de glandes muqueuses caractéristiques des fonctions de l'odorat, cela prouve que le labyrinthe de l'ethmoïde est un des principaux points de localisation de l'olfaction ;

2° A l'extrémité inférieure de la cloison des narines, tout près de l'entrée du nez, se trouve un sinus auquel on a peu fait attention jusqu'ici, bien qu'il ait été découvert par Jacobson, il y a 80 ans et que Kölliker, il y a 10 ans, et, ultérieurement, Lœwe en aient signalé l'existence constante. L'organe de Jacobson est un tube creux, appliqué contre la cloison, entouré de toute parts par de l'os ; il commence à l'extrémité antérieure dela cloison, s'élève obliquement en arrière et se termine en cul-de-sac au niveau du tiers moyen de la cloison des fosses nasales. Il sert à l'odorat, car sa paroi interne est munie d'épithélium olfactif.

3° La totalité des glandes de l'antre d'Highmore débouche dans un conduit excréteur commun, qui s'ouvre librement dans la cavité nasale en dehors et en haut de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. J. B.

Das adenoïde Gewebe der Nasenschleimhaut (Le tissu adénoïde de la muqueuse nasale), par ZUCKERKANDL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 219, 1886).

La muqueuse des fosses nasales présente normalement une infiltration lymphoïde discrète. On y trouve souvent du tissu adénoïde sous forme d'infiltration diffuse, ou sous forme de véritables follicules. Ces follicules sont constitués par un réticulum et par une agglomération de cellules lymphatiques. Ils existent soit immédiatement au-dessous de l'épithélium, soit profondément au-dessous du réseau capillaire de la muqueuse.

Ce tissu adénoïde ne doit pas être considéré comme un produit pathologique ; c'est une disposition physiologique inconstante chez l'homme. On la constate surtout dans le méat inférieur, et spécialement à la partie postérieure de ce méat. La région olfactive des fosses nasales est dépourvue de follicules et ne présente même qu'une très faible quantité de cellules lymphoïdes.

L'auteur a examiné comparativement la muqueuse nasale de plusieurs animaux (chien, chat, mouton, porc, cheval, etc.). Il a trouvé constam-

ment des follicules, plus ou moins développés suivant les espèces. Les follicules atteignent leur maximum de développement au plancher des fosses nasales, à la partie postérieure des cornets, sur toute la paroi externe et inférieure des fosses nasales. Ils font défaut dans la région olfactive. La muqueuse de la cloison présente peu de follicules, mais du tissu adénoïde infiltré. Les follicules se divisent comme chez l'homme en deux variétés : les superficiels et les profonds. L. GALLIARD.

Ueber die Bursa pharyngea, par SCHWABACH (*Arch. f. mik. Anat., Band XXIX, Heft* 1, *p.* 61-73).

L'existence de la bourse pharyngienne, c'est-à-dire de ce diverticule que Luschka avait décrit sur la ligne médiane de la voûte du pharynx dans la région du tissu adénoïde, constitue un point d'anatomie aujourd'hui très controversé. Schwabach, se basant sur de nombreuses observations portant sur des enfants et sur des adultes, déclare que *normalement*, chez l'homme, ce diverticule en forme de bourse n'existe pas. Ses résultats sont donc d'accord avec ceux de Ganghofner. Dans la plupart des cas, à la place où Luschka a décrit l'ouverture de la bourse qui porte son nom, c'est-à-dire sur la ligne médiane à l'extrémité postérieure de la tonsille pharyngienne, on trouve une dépression de la muqueuse. Cette dépression, peu accentuée et plus ou moins nette (elle manque quelquefois) ne s'enfonce jamais dans la profondeur, et à son niveau le fibro-cartilage sous-jacent ne présente aucune modification ni dans sa direction ni dans son agencement. Elle représente d'ailleurs la terminaison inférieure du sillon médian, que l'on observe sur toutes les tonsilles pharyngiennes normales, ou bien elle est formée par la jonction des extrémités des sillons latéraux qui convergent tous en un point vers le sillon médian.

Les cavités plus ou moins bien isolées que l'on observe parfois chez l'adulte doivent être considérées comme d'origine pathologique, et la bourse au sens de Luschka doit être interprétée de la même façon, en admettant que les deux lèvres du sillon médian formé par deux bourrelets longitudinaux et parallèles se soudent. Il en résulte alors un canal dont les dimensions varient suivant l'étendue de la soudure et suivant le degré de développement du sillon primitif.

Enfin Schwabach termine son travail par quelques considérations relatives à la signification de cette fossette pharyngienne qu'il propose, d'accord avec Ganghofner, d'appeler *recessus pharyngien médian*. Rejetant l'opinion de Luschka qui en faisait un vestige de la poche hypophysaire de Rathke, il semble se rattacher aux vues de Dursy et de Froriep, pour lesquels ce recessus résulterait d'une connexion très intime, lors des premiers stades embryonnaires, entre l'épithélium pharyngien et les cellules de la portion rétropharyngienne de la corde dorsale. A. NICOLAS.

I. — Évolution et constitution des amygdales chez l'homme, par RETTERER (*Comptes rendus de la Soc. de biologie*, 27 *novembre* 1886).

II. — Type commun des amygdales chez les mammifères, par RETTERER (*C. R. de la Soc. de biologie*, 4 *décembre* 1886).

I. — Le développement et l'évolution des amygdales peuvent se ré-

sumer de la façon suivante : 1° production d'involutions épithéliales et épaississement du chorion ; 2° formation et détachement des bourgeons terminaux; puis pénétration, éléments par éléments, de la trame mésodermique et du tissu ectodermique. L'apparence de follicules clos se produit et existe seulement, tant que la répartition du tissu conjonctif est plus forte dans les portions périphériques que dans les portions centrales. Le stade régressif suit de près la transformation fibreuse du stroma et donne au tissu tonsillaire un aspect alvéolaire.

II.—Il est possible de ramener par le développement les diverses formes de l'amygdale à un seul type ; partout une invagination de l'épithélium est le point de départ de la formation amygdalienne : tantôt l'organe reste à l'état de crypte unique, autour du tissu glandulaire (petits mammifères); tantôt le tissu tonsillaire est limité à l'une des lèvres de l'involution, ou sur une lame s'élevant au fond du repli primitif (carnivores); tantôt les involutions sont multiples et ramifiées, et il se produit des lobes multiples dont chacun sera creusé d'un diverticule central (mammifères de grande taille). F. H.

Sur l'évolution histologique du thymus chez l'embryon humain et chez les mammifères, par TOURNEUX et HERRMANN (*Soc. biol.*, 19 *février* 1887).

Les recherches qui ont porté sur toute une série d'embryons de mammifères et d'embryons humains amènent les auteurs à se rallier à l'opinion de Kölliker. Il n'y a pas d'atrophie en bloc du thymus épithélial dont les follicules clos, nés dans le tissu mésodermique, viendraient prendre la place (théorie de la substitution de His). Tout au contraire, les bourgeons épithéliaux présentent un accroissement progressif, et le parenchyme du thymus fœtal résulte en dernier ressort d'une pénétration réciproque des éléments du feuillet moyen et des formations épithéliales (théorie de la transformation directe, Kölliker).

Le tissu conjonctif embryonnaire qui constitue l'enveloppe de la glande ainsi que les cloisons interlobulaires, ne diffère pas, quant à sa constitution, des autres organes de même ordre tels que la gaine qui entoure l'œsophage, par exemple. Il se compose de corps fibro-plastiques étoilés anastomosés au sein d'une substance amorphe très abondante et entremêlés de quelques cellules rondes.

D'autre part, les présomptions de His et de Stieda, en faveur de l'origine épithéliale des corps concentriques, paraissent entièrement justifiées.

C. WALTHER.

Vaisseaux lymphatiques du larynx. Vaisseaux lymphatiques de la portion sous-glottique. Ganglion pré-laryngé, par POIRIER (*Progrès médical*, 7 *mai* 1887).

L'auteur avait reconnu, par ses dissections, qu'il existait assez souvent un ou deux ganglions lymphatiques au-devant de la membrane crico-thyroïdienne, dans le V formé par les muscles crico-thyroïdiens, et qu'ils recevaient par leur face profonde des troncs sortis du conduit laryngé. — Des injections au mercure, pratiquées dans la région sous-glottique, lui montrèrent plusieurs troncs lymphatiques traversant la membrane crico-thyroïdienne. Ces injections avaient été faites sur des larynx d'enfants de 1 à 7 ans, et avaient mis en lumière un magnifique réseau à mailles très serrées, sous lesquelles la muqueuse disparaît

presque entièrement. — Ce réseau se continue en bas, sans démarcation avec le réseau trachéal ; en haut, il paraît s'arrêter brusquement près du bord libre de la corde vocale inférieure.

Les troncs lymphatiques inférieurs sont au nombre de 3 à 5 et aboutissent au ganglion pré-laryngé, ou aux ganglions latéraux. Le ou les ganglions prélaryngés existent sur la moitié des sujets, surtout sur les sujets jeunes ; le plus souvent il est médian ; il est double une fois sur 6.

H. L.

Glandes gastriques à mucus et à ferment chez les oiseaux, par Maurice CAZIN (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 28 *février* 1887).

Les glandes du ventricule succenturié, chez la plupart des oiseaux, se rapportant aux régimes les plus différents, renferment non pas une seule espèce de cellules, comme on le croit généralement, mais deux espèces de cellules, savoir : des cellules à mucus et des cellules à ferment, qui ne se trouvent jamais mélangées dans un même tube, les cellules à ferment étant toujours localisées dans les tubes situés à la périphérie de la glande, les cellules à mucus existant seulement au centre de la glande, c'est-à-dire dans la cavité commune et dans des canaux collecteurs qui reçoivent le produit de la sécrétion des tubes à ferment.

M. DUVAL.

Sur l'évolution épidermique et l'évolution cornée des cellules du corps muqueux de Malpighi, par J. RENAUT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 24 *janvier* 1887).

Sur des coupes du modèle épidermique du sabot du fœtus de vache, on peut suivre parallèlement le processus de la formation de la corne unguéale et de la couche dite cornée de l'épiderme. Dans la partie qui deviendra l'ongle, on voit les cellules malpighiennes conserver leurs fibres unitives, lesquelles se multiplient même et deviennent plus grêles, tout en restant raides et rectilignes ; dans ces conditions ces cellules sont kératinisées sans avoir perdu ni leur noyau, ni leurs moyens d'union constitués par les fibres unitives, fait qui rend compte de la solidité de la corne vraie. Cette imprégnation cornée n'est pas précédée ici, comme on sait, de l'apparition de l'éléidine. Au contraire, dans la région où se produit la couche cornée de l'épiderme, l'apparition de l'éléidine est le signal de la fonte des fibres unitives, et peut-être le produit même de cette fonte est-il l'éléidine elle-même. En tout cas l'éléidine n'est pas une substance kératogène, puisqu'elle manque régulièrement dans le corps muqueux évoluant en formations cornées persistantes ; elle existe au contraire partout où les cellules malpighiennes, après leur complète évolution, ne doivent pas rester solidement unies. Son apparition indique que la formation des fibres unitives va s'arrêter et rétrograder, que la cellule va perdre son noyau comme si l'éléidine était un poison pour lui : c'est *l'évolution épidermique*. Son absence montre au contraire, chez les mammifères, qu'on est en présence de *l'évolution cornée vraie*.

M. DUVAL.

Zur Lehre über die Reife der Eier (De la maturité des ovules), par CARINI (*Wien. med. Jahrb., p.* 299, 1886).

L'auteur traite les coupes d'ovaires durcis dans l'alcool par l'hématoxyline, puis par l'éosine. Chez le chien, le porc, le lapin, le cobaye et l'homme, les résultats sont comparables.

Quand l'ovule parvient à la période de maturité, les cellules cubiques qui recouvrent la tunique fibreuse de la vésicule de Graaf et les cellules qui sont en contact immédiat avec l'ovule ont la propriété de se colorer par l'hématoxyline ; on voit leur protoplasma coloré faiblement, leur noyau fortement, par cet agent.

A cette période, il y a d'autres éléments de la vésicule dont le protoplasma fixe l'éosine, tandis que le noyau reste coloré par l'hématoxyline : ce sont les cellules du disque proligère et une partie des cellules interposées entre les deux rangées cellulaires citées en premier lieu.

Enfin, au milieu de cette dernière catégorie d'éléments, on en trouve d'autres qui fixent uniquement l'éosine aussi bien par le noyau que par le protoplasma. Les cellules éosinophiles de l'auteur appartiennent au dernier degré de maturation de la vésicule de Graaf. Elles n'ont du reste aucun caractère qui les distingue des autres éléments.

Ces cellules éosinophiles sont en réalité des éléments qui dégénèrent ; leur présence indique la prochaine rupture de la vésicule de Graaf et par conséquent la complète maturité de l'ovule. L. GALLIARD.

Sur les premières phases du développement du placenta du cobaye, par Mathias DUVAL (*Soc. biol.*, 12 *mars* 1887).

L'auteur, acceptant les interprétations de Selenka sur le développement du placenta, conclut :

Le fait essentiel offre un double intérêt :

1° Il montre un tissu épithélial (épidermique ou ectodermique) envahi par des vaisseaux ;

2° Ce tissu épithélial, appartenant à l'embryon, est, à cette époque (jusqu'au dix-huitième ou dix-neuvième jour) vascularisé par des vaisseaux de la mère. Ceci est un cas typique de greffe. C. WALTHER.

Ueber die Cowper'schen Drüsen (Glandes de Cowper), par H. STILLING (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *C*, *Heft* 1, *p.* 170).

L'auteur cherche à savoir si les glandes de Cowper appartiennent à l'appareil urinaire ou à l'appareil génital. Pour cela il examine ces organes sur des lapins, avant et après le coït. Avant le coït, les cellules glandulaires sont volumineuses, remplissent presque la totalité des acini ; après le coït, leur volume est réduit de près de moitié, et le centre de l'acinus est occupé par un détritus granuleux. La sécrétion de ces glandes se fait donc au moment du coït. Resterait à savoir quel rôle le produit de la sécrétion joue dans l'éjaculation. L'auteur a obtenu des résultats analogues en étudiant la prostate (Voir *Arch. de Virchow*, XCVIII, p. 1 et *R. S. M.*, XXVII, p. 407). P. GALLOIS.

Beobachtungen über Entstehen und Vergehen der Samenkörper bei Triton (Recherches sur la genèse et la disparition des spermatozoïdes chez le triton), par G. von WIEDERSPERG (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 305, 1886).

Chez les tritons, la spermatogénèse dure du mois de juin au mois d'octobre. Dans les parties blanches ou jaunâtres du testicule, on trouve les canalicules remplis de faisceaux de spermatozoïdes ; on voit en même temps certaines cellules épithéliales volumineuses, d'abord en groupes de 4 à 7, avec de gros noyaux et des nucléoles facilement colorables par l'hématoxyline.

La chromatine que contiennent ces noyaux est d'abord refoulée à la périphérie, puis s'accumule au centre en formant des masses à contours irréguliers qui se divisent en 2 fragments et dont la scission est le point de départ de la multiplication nucléaire. On voit alors dans une cellule 2 noyaux avec masse de chromatine centrale. Plus tard, le protoplasma se divise et il existe dès lors deux cellules, dont chacune possède un noyau et une masse de chromatine arrondie.

C'est le noyau qui devient la tête du spermatozoïde en s'allongeant de diverses façons ; cette tête conserve deux membranes d'enveloppe : celle du noyau et celle de la cellule.

Très rapidement, on voit apparaître le segment intermédiaire. Souvent le flagellum peut se montrer avant que la tête ait acquis sa configuration définitive.

Le processus de régression des spermatozoïdes est caractérisé d'abord par un certain affaissement de la tête, par l'immobilité du prolongement caudal ; puis la tête se charge de granulations graisseuses, elle se rétracte de telle sorte que son enveloppe redevient visible, elle s'enroule sur elle-même ; la queue se fragmente. La tête devient ovoïde, puis enfin ronde, et retourne ainsi à sa forme originelle, celle d'un noyau cellulaire.

Le spermatozoïde n'est donc qu'une cellule à cils vibratiles ; quand il n'a pas rempli la fonction à laquelle il était destiné, il reprend la forme cellulaire. L. GALLIARD.

Étude sur la structure du tube séminifère des mammifères. Recherches sur la signification des éléments qui le constituent, par A. PRENANT (*Thèse de Nancy*, 1887).

Y a-t-il dans le tube testiculaire plusieurs *sortes* d'éléments différents les uns des autres aussi bien par leur origine que par leur évolution, ou bien au contraire n'y rencontre-t-on qu'une seule sorte d'élément, ancêtre commun de *formes* cellulaires diverses dont les transformations successives tendent vers ce seul but : le spermatozoïde ? — Telle est la question que Prenant a cherché à élucider.

Pour y arriver, il étudie tout d'abord la période indifférente de la glande génitale et le passage de celle-ci à l'état sexuellement différencié ; puis, successivement : — le testicule à l'état embryonnaire, c'est-à-dire pendant toute cette période qui s'étend à partir du moment où les tubes séminifères ont paru jusqu'à une époque plus ou moins avancée après la naissance ; — le testicule à l'état jeune, c'est-à-dire qui quitte l'état embryonnaire et se prépare à entrer en fonction ; — et enfin le tes-

ticule adulte, uniquement au point de vue restreint indiqué plus haut, et en négligeant ce qui a trait à la spermatogénèse proprement dite.

Dans la période indifférente et dans la période embryonnaire, des coupes ou des dissociations montrent deux variétés de cellules qui diffèrent par leurs caractères morphologiques et par leurs réactions, ce sont les petites cellules, ou cellules épithéliales et les grandes cellules sexuelles ou ovules primordiaux, mais on observe toutes les transitions entre ces deux formes, les secondes dérivent des premières.

Dans le testicule jeune, les grandes cellules sexuelles disparaissent par dégénérescence ou après avoir donné naissance par division à des éléments qui ne leur ressemblent pas. Les cellules épithéliales fournissent d'une part des cellules caractérisées par un gros nucléole, et d'autre part des éléments dont l'évolution est identique à celle des cellules germinatives du testicule adulte. L'auteur les appelle prégerminatives. Elles donneront naissance à des cellules préséminifères qui elles-mêmes donneront des prénématoblastes. Mais là s'arrêtent les transformations. Le terme ultime, la formation du spermatozoïde n'est pas atteinte à cette période, ce n'est pour ainsi dire qu'une tentative qui avorte; tous ces éléments diparaissent par voie de dégénérescence, et cette phase mérite le nom de préspermatogénèse.

Enfin dans le testicule adulte on ne trouve encore qu'une seule lignée d'éléments dérivés d'une souche commune.

Le système de soutien de Merkel n'existe pas; il est dû à la présence d'une substance intercellulaire coagulée par les réactifs. Le spermatoblaste ou spermatophore doit son existence à la même substance et la cellule dite de soutien n'est qu'une forme spéciale des éléments testiculaires. Ce n'est peut-être qu'un élément au repos.

La conclusion générale est donc qu'il n'existe, dans la glande génitale à la période indifférente, aussi bien qu'à toutes les autres époques de la vie du testicule qu'une *sorte* d'éléments, de *formes* seulement variables. A. NICOLAS.

Victoriablau, ein neues Tinctionsmittel für elastiche Fasern und für Kerne (Le bleu de Victoria, nouveau réactif pour colorer les fibres élastiques et les noyaux), par LUSTGARTEN (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 285, 1886).

Le bleu de Victoria résulte de l'action de la phénylnapthylamine sur le tétraméthyldiamidobenzophénone. Sa couleur tient le milieu entre celle du violet de méthyle et du bleu de méthylène.

Pour étudier le tissu élastique, l'auteur conseille de plonger d'abord les fragments de tissus (de peau par exemple) à l'état frais dans le mélange d'acides chromique, osmique et acétique pendant 24 ou 48 heures, puis de les durcir dans l'alcool. Les coupes doivent séjourner pendant 24 heures dans un mélange de solution alcoolique concentrée de bleu de Victoria (une partie) et de quatre parties d'eau, puis elles sont déshydratées dans l'alcool absolu et montées dans le baume de Canada. Les fibres élastiques se montrent colorées en bleu vert; on peut suivre leurs plus fines ramifications.

La coloration des noyaux s'effectue très bien également avec le bleu de victoria. L. GALLIARD.

Précis d'Anthropologie, par A. HOVELACQUE et G. HERVÉ (In-8°, *Paris* 1887).

Les auteurs ont résumé dans cet ouvrage les connaissances actuelles sur l'anthropologie en s'attachant surtout aux rapports qui existent entre l'homme et les divers groupes zoologiques, ou entre les diverses races humaines. Laissant de côté à dessein les questions purement techniques, procédés de mensurations, les discussions de méthodes, ils étudient successivement l'anthropologie zoologique, d'après l'examen des divers systèmes organiques : osseux, musculaire, etc. ; l'anthropologie ethnique, les caractères anatomiques et physiologiques de l'homme successivement comparés dans différentes races ; l'anthropologie préhistorique, et enfin l'ethnographie, où l'on trouvera la description des diverses races et les essais de classification tentés par divers auteurs.

Aucune de ces classifications n'est satisfaisante ; elles ne répondent pas à des catégories rigoureuses ; souvent elles partent d'un point de départ erroné en s'appuyant à la fois sur l'ethnologie et la linguistique. Le mieux est de décrire simplement, comme l'ont fait les auteurs de ce précis, les races différentes, en signalant seulement les rapports que l'on peut établir de l'une à l'autre. A. C.

Le Darwinisme, par Mathias DUVAL (*Bibliothèque anthropologique, 1 vol. de 576 pages, Paris*, 1886).

Ce volume est le résumé de leçons professées à l'école d'anthropologie de Paris, sous le titre général d'anthropologie zoologique. L'auteur y expose d'abord comment le transformisme, aidé de l'embryologie, amène aux points de vue les plus étendus et les plus essentiels pour l'examen des rapports de parenté anatomique de l'homme avec les animaux au sommet de l'échelle desquels il est passé. Puis, entrant dans l'exposition du sujet, il donne d'abord une vue d'ensemble sur le transformisme (notions de race et d'espèce, classifications, place de l'homme) ; il passe ensuite en revue les précurseurs de Darwin, puis analyse avec détail l'œuvre de Darwin, en insistant sur les lois de l'hérédité, sur les sélections, et la théorie de l'origine des espèces. Une série de leçons terminent le volume par l'examen des objections et preuves (paléontologie, ségrégation, mimétisme, etc.). Tout cet ensemble forme un exposé clair et substantiel, dont les parties anatomique et embryologique particulièrement ont été développées avec grand soin. A. C.

PHYSIOLOGIE.

The functions of the Brain (Les fonctions du cerveau), par David FERRIER (2e *édition, Londres*, 1886).

Cette seconde édition d'un ouvrage devenu universellement classique diffère en beaucoup de points de sa devancière. Tandis que, dans son premier livre, Ferrier exposait en grand détail ses recherches sur l'excitabilité des diverses régions corticales, et se bornait presque aux consi-

dérations qui en ressortaient relativement aux localisations cérébrales, la nouvelle édition présente un résumé critique complet de nos connaissances actuelles concernant la structure des centres nerveux et leur fonctionnement. L'ouvrage a été ainsi entièrement refondu, et moins spécial que dans la première édition, il est devenu plus encyclopédique et plus général. L'auteur part de la description anatomique de la moelle pour en déduire celle de l'encéphale : il montre comment la substance grise spinale s'épanouit dans le bulbe, puis dans la protubérance et le cerveau, pour devenir le plancher du quatrième ventricule et les ganglions centraux, tandis que les tractus blancs spinaux deviennent les pédoncules cérébraux et la capsule interne. Appliquant la même méthode aux déductions physiologiques, il examine successivement les centres nerveux comme conducteurs, puis comme centres indépendants. Avant d'entrer dans le détail de la topographie régionale, il examine les effets de l'ablation totale des hémisphères, et se trouve ainsi amené à étudier, d'une part, les lois de l'équilibration avec les différents facteurs sensitifs, visuels et auditifs qui y prennent part; d'autre part, celles de la coordination motrice. Après cette introduction de physiologie générale, il aborde l'histoire des fonctions des lobes optiques puis du cervelet, enfin celle des hémisphères. Dans cette dernière partie, les chapitres relatifs à l'excitation de la zone corticale motrice et à ses effets sur les mouvements de la face et des membres n'ont été que peu modifiés, car la clinique, comme l'expérimentation, n'a fait que confirmer les premières conclusions de l'auteur. Mais on lira avec fruit les pages consacrées à la détermination des divers centres sensoriels de la vue, de l'ouïe, du tact et de l'olfaction. L'auteur, pour cette détermination, utilise les trois méthodes suivantes : excitation directe des circonvolutions, faits cliniques relatifs à leur destruction localisée, enfin dégénération secondaire consécutive à cette destruction. Avec le même procédé d'analyse, il étudie ensuite les hémisphères comme centres psycho-moteurs, et la part qui revient aux tractus de substance blanche, ainsi qu'aux ganglions de la base (corps optostriés), dans les phénomènes de production, de conduction et d'inhibition des mouvements. Un dernier chapitre, plus exclusivement psychologique, est consacré au mécanisme des opérations intellectuelles, telles que perception, mémoire, sentiments, émotions, volition et idéation. A cette étude se rattachent naturellement les diverses variétés d'aphasie d'origine sensorielle, cécité et surdité verbales.

L'ouvrage se termine par un chapitre de topographie cérébrale comparée, dans lequel sont exposées les analogies et les différences du cerveau de l'homme avec celui du singe, ainsi que les relations entre les divers départements de l'encéphale et la boîte cranienne. Un grand nombre de figures gravées avec soin facilitent l'explication du texte, et font de cet ouvrage le traité le plus précis et le plus complet de physiologie nerveuse que nous possédions actuellement. H. RENDU.

Zur Physiologie der Grosshirnrinde (Physiologie de la substance corticale du cerveau), par GOLTZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, *p.* 506, 26 *juillet* 1886).

Goltz présente deux cerveaux de chiens auxquels il a fait subir des mutilations étendues. Sur l'un d'eux, il a enlevé, à droite et à gauche,

le lobe frontal et la zone motrice, et en outre, à droite, la plus grande partie de l'écorce du lobe occipital. Ce chien pouvait courber sa colonne à droite et à gauche, bien que les prétendues sphères du tronc lui eussent été extirpées; il pouvait aboyer et gronder, sans posséder cependant aucune trace du centre des aboiements. Sur tous les points des téguments, la sensibilité était conservée, quoiqu'il fût privé des soi-disant sphères sensitives et il ne présentait aucun vestige de paralysie, malgré la destruction complète et symétrique des zones excitables.

D'autre part, cet animal avait perdu toute intelligence et semblait presque complètement aveugle, malgré qu'il eût conservé toute la sphère optique gauche et une partie de la droite ; de même il paraissait sourd tout en ayant encore la sphère auditive.

L'autre chien qui avait subi une destruction vaste et profonde des deux lobes occipitaux forme le pendant du précédent. Bien que la prétendue sphère optique fût complètement annihilée des deux côtés, il voyait encore très bien et s'apercevait parfaitement quand on le menaçait avec la main.

Ces deux expériences montrent que dans certaines circonstances un animal peut devenir aveugle à la suite d'une mutilation grave du cerveau antérieur, tandis que d'autre part, un animal chez lequel on a détruit les sphères optiques ne devient pas nécessairement aveugle.

Goltz présente ensuite le cerveau d'un singe qui, ayant subi une mutilation très vaste à l'intérieur du cerveau central gauche, devint, il est vrai, presque hémiplégique immédiatement après l'opération, mais apprit bientôt à se servir d'une façon très suffisante des membres paralysés; afin de hâter par l'exercice la production de ce résultat, Goltz avait lié la main gauche de l'animal dans une sorte de camisole de force, de sorte qu'il était réduit à employer sa main droite affectée de parésie. De même, un chien, auquel Goltz avait détruit entièrement les centres des membres du côté gauche du cerveau, recouvra néanmoins la faculté de tendre la patte antérieure droite quand on la lui demandait.

Goltz conclut que tous ces faits sont absolument inconciliables avec l'idée de centres circonscrits présidant dans l'écorce cérébrale à certaines fonctions isolées; toutefois il se défend de se poser en adversaire de toute localisation des facultés cérébrales. J. B.

Ueber die Krämpfe in Folge electrischer Reizung der Grosshirnrinde (**Sur les convulsions consécutives de l'excitation électrique de l'écorce cérébrale, par Th. ZIEHEN** (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVII, Heft* 1, *p.* 99).

L'auteur a fait sur des chiens des expériences consistant à exciter différents districts de la zone motrice de l'écorce cérébrale avec le courant faradique; il a constaté qu'avec des intensités de courant très faibles, il ne se produisait que des convulsions toniques, avec des intensités de courant moyennes, des convulsions qui avaient à la fois le caractère tonique et le caractère clonique, enfin avec des intensités de courant très fortes, des convulsions exclusivement toniques. Après extirpation préalable du centre moteur cortical correspondant à un groupe de muscles déterminé, le courant faradique appliqué au siège de l'extirpation ne donnait plus lieu à des convulsions cloniques de ces muscles, mais à de la contracture tonique et seulement quand le courant employé atteignait

une intensité suffisante pour mettre les autres muscles de l'animal en état de contracture. Bref, l'auteur conclut de ses expériences que si l'effet total de l'excitation électrique de la zone motrice corticale se traduit par des convulsions à la fois cloniques et toniques, il y a lieu de rapporter les premières à l'excitation des centres corticaux mêmes, et les secondes à l'excitation de centres moteurs infra-corticaux situés en aval de l'écorce et dont l'excitation isolée produit également des convulsions toniques. E. RICKLIN.

Untersuchungen über die electrische Erregbarkeit der verschiedenen Schichten der Grosshirnrinde (Recherches sur l'excitabilité électrique des différentes couches de l'écorce cérébrale), par E. ASCH et A. NEISSER (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XL*, *p.* 191).

Les physiologistes sont partagés sur la question de savoir si l'excitabilité électrique de la couche grise est plus grande ou plus petite que pour la couche blanche sous-jacente. En particulier, Vulpian a soutenu alternativement les deux opinions. Couty, son élève, prétendait que l'excitabilité était plus grande dans la couche blanche et d'autant plus que l'on descendait plus profondément. Les auteurs ont repris la question et se sont proposé de savoir si, en procédant de la surface vers la profondeur du cerveau, il y avait un point où la secousse musculaire dans une région déterminée fût plus énergique que dans les autres points. Ils ont opéré sur le lapin légèrement narcosé, et étudié la région qui correspond au mouvement des extenseurs de la patte antérieure. On trouve un point d'excitabilité maxima aux limites de la substance grise et de la substance blanche, dans la première de ces couches. Le résultat est constant, la même position donnant toujours la réaction maxima, que les excitateurs soient placées parallèlement ou perpendiculairement à la surface cérébrale. L'expérience a été répétée sur 15 lapins avec le même résultat. La blessure de l'écorce a déterminé une fois un changement dans la position du point d'excitabilité maxima. Ce travail se termine par quelques observations sur des variétés de mouvements obtenus en excitant le même centre moteur, — mouvements rapides d'extension du même côté, tremblements, contractions cloniques. Les observations consignées ici seraient d'accord avec celles de Bubnoff, Heidenhain, d'après lesquelles les crampes commenceraient du côté opposé à l'excitation lorsque l'on agit sur l'écorce grise et du même côté lorsque l'on agit sur la substance blanche. DASTRE.

Beiträge zur Lehre von der electrischen Reizung der Grosshirns (Contribution à l'étude de l'excitation électrique du cerveau, par Paul GERBER (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XXXIX*, *p.* 397).

Les expériences de Gerber ont été entreprises sous la direction de Hermann et de Langendorff. On s'est proposé de vérifier si l'excitation de la couche corticale obéit aux mêmes lois que l'excitation des nerfs moteurs. On opérait sur le chien et la région choisie était celle qui préside aux mouvements de la face. Le premier point examiné a été l'effet de la superposition d'un courant tétanique à un courant galvanique. Le second a été relatif à la loi de l'excitation polaire. Enfin l'influence

de la température, celle de la compression et celle de la position du corps ont donné lieu à des observations variées. DASTRE.

Ueber das Entstehen und Verschwinden der elektrotonischen Ströme im Nerven und die damit verbundenenen Erregungschwankungen des Nervenstromes (Sur le début et la fin du courant électro-tonique des nerfs et leur combinaison avec la variation négative), par J. BERNSTEIN (*Archiv für Anat. u. Physiologie, Phys. Abth., p.* 197, 1886).

Bernstein utilise les observations faites, au moyen de son rhéotome, pour construire la courbe des phénomènes électriques qui se déroulent dans le nerf sciatique de la grenouille traversé par un courant constant (courant polarisant). Au moment de la fermeture du courant polarisant, il se développe au niveau du pôle négatif une onde négative d'une durée de $\frac{12 \text{ à } 16''}{10.000}$ qui parcourt le nerf avec une vitesse de 30 mètres à la seconde. Dans la partie extrapolaire située au delà du pôle négatif, se produit également sans temps perdu le courant de *katélectrotonus* dirigé comme l'onde négative en sens inverse du courant propre du nerf. Ce courant se propage avec une vitesse trois fois moins rapide que l'oscillation négative. Si le nerf est suffisamment long, le début du courant de *katélectrotonus* en atteindra l'extrémité, alors que l'oscillation négative a déjà parcouru toutes ses phases. Dans le voisinage de la kathode au contraire, il y a combinaison des deux phénomènes et addition des deux courbes. La valeur du katélectrotonus augmente d'abord lentement, puis plus rapidement, pour se rapprocher lentement de son maximum. Le katélectrotonus persiste encore peu de temps après cessation du courant de polarisation, puis décroît et finit par disparaître complètement en passant par les phases inverses de son début, mais plus rapides.

Le courant d'*anélectrotonus* qui se produit du côté du pôle positif présente des particularités analogues à celles du katélectrotonus. Il débute, probablement sans temps perdu, et se propage jusqu'à l'extrémité du nerf avec une vitesse d'une dizaine de mètres à la seconde. Ici aussi la variation négative précède l'anélectrotonus, ou se combine avec son début suivant la distance à laquelle on se place des électrodes du courant polarisant. La variation négative du début est beaucoup plus faible que pour celle du début du katélectrotonus. La variation négative de la fin se confond plus ou moins avec la période finale du katélectrotonus : chute d'abord rapide, puis lente, se rapprochant insensiblement du zéro.

La propagation du début et la disposition finale des courants électrotoniques des nerfs ne sont donc pas des phénomènes instantanés mais demandent un temps très appréciable, ce qui est important au point de vue de leur signification.

On sait que, si l'on relie deux points symétriques de la surface longitudinale d'un muscle avec une boussole ou un autre galvanoscope, on obtient à chaque excitation de l'extrémité du muscle une double variation électrique, positive puis négative. Bernstein a réussi à vérifier le même fait pour le nerf sciatique de la grenouille. LÉON FREDERICQ.

Die Verheilung der Nerven benutzt zum Studium der Functionen der Nervencentren (La réunion des nerfs utilisée pour l'étude des fonctions des centres nerveux), par A. STEFANI (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 487, 1886).

Le nerf radial innerve chez le chien les muscles extenseurs de la patte de devant, le médian innerve la plus grande partie des fléchisseurs. Si l'on sectionne les deux nerfs et si l'on réunit le bout périphérique de l'un avec le bout central de l'autre et réciproquement, on observe au bout de plusieurs mois une restitution complète des mouvements de la patte et de la sensibilité cutanée. L'excitation du bout central du radial produit à présent une contraction des fléchisseurs, qui primitivement étaient innervés par le médian. Le bout central du médian commande pareillement aux muscles extenseurs. Lorsque la réunion nerveuse est obtenue et que la fonction s'est rétablie complètement, les nerfs en question ne reçoivent plus leurs impulsions motrices de la partie de l'écorce qui primitivement leur servait de centre. L'excitation de l'écorce cérébrale dans la portion propre à la patte antérieure n'est plus alors suivie d'aucun effet moteur du côté de la patte. Le centre correspondant à la patte opérée a perdu son excitabilité. LÉON FREDERICQ.

Physiologische Studien über Psychophysik (Études physiologiques de psychophysique, par F.-C. MULLER (*Archiv f. Physiologie*, 1886, *p.* 270).

On connaît la loi de Weber qui est censée exprimer les relations qui existent entre l'intensité de l'excitant et celle de la sensation qui lui correspond.

Fr.-C. Müller recherche pareillement les relations qui existent entre l'intensité R d'un courant constant (mesurée par la déviation de l'aimant de la boussole des tangentes) que l'on fait agir sur un nerf moteur (le sciatique de la grenouille) et la plus petite valeur r de diminution de ce courant électrique capable d'exciter le nerf moteur (et de produire une secousse dans les muscles de la patte attenant au nerf).

Le tableau suivant représente les valeurs de R et de r, ainsi que celle du rapport $\frac{R}{r}$ pour une des séries d'expériences de F.-C. Müller.

R	r	$\frac{R}{r}$
105	105	1,00
150	112	1,34
200	120	1,66
250	140	1,79
300	160	1,88
350	185	1,88
400	210	1,89
450	240	1,88
500	280	1,79

On voit que le rapport $\frac{R}{r}$ reste constant à partir d'une certaine valeur de R. En dessous de cette limite, la valeur de $\frac{R}{r}$ augmente rapidement

à partir de l'unité jusque vers la valeur du double de l'unité. Pour des valeurs très fortes de R, celle de $\frac{R}{r}$ baisse de nouveau et présente de grandes variations. Cette limite supérieure n'a pas été atteinte dans l'expérience dont les chiffres sont relatés plus haut.

F.-C. Müller a répété les mêmes expériences sur les nerfs moteurs du lapin et de l'homme et sur les nerfs sensibles de l'homme. Les résultats sont analogues.

Il étudie par des méthodes analogues l'influence exercée par une augmentation ou une diminution de l'excitabilité du nerf.

Nous renvoyons à l'original pour les détails de ces expériences et pour les considérations théoriques développées par l'auteur.

LÉON FREDERICQ.

I. — Trigeminus und Gesichtsausdruck (Le trijumeau et l'expression de la physionomie), par FILEHNE (*Archiv für Physiologie*, *p.* 432, 1886).

II. — Ueber einseitigen und doppelseitigen Lidschluss (Fermeture uni- et bilatérale des paupières), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie*, *p.* 144, 1887).

I. — Chez le lapin, la position dressée du pavillon de l'oreille est due à une contraction tonique de certains muscles. Ce tonus est entretenu par voie réflexe et a pour point de départ les filets sensitifs du trijumeau. La section intracranienne du trijumeau supprime la position dressée du pavillon, quoiqu'aucun des muscles de cet organe ne soit paralysé. Quand le trijumeau est intact, le chatouillement de la peau de la joue provoque toujours par voie réflexe un mouvement de redressement du pavillon de l'oreille, accompagné d'une torsion en avant et en dehors. Le réflexe est unilatéral; il se produit encore après extirpation des hémisphères cérébraux et des ganglions centraux de l'encéphale.

Filehne a observé un réflexe unilatéral du même genre chez les très jeunes enfants. Le chatouillement d'une joue provoque chez eux un sourire limité à la moitié correspondante de la face.

II. — Langendorff a constaté que chez le lapin, le cobaye, les oiseaux et la grenouille, le réflexe palpébral (occlusion des paupières quand on touche la cornée, ou qu'on approche vivement un corps étranger de l'œil) est unilatéral. Chez l'homme, et jusqu'à un certain point chez le chat et le chien, il est bilatéral. Il y a chez l'homme association complète des mouvements des paupières, des pupilles, etc., des deux yeux. Sans aucun doute, cette association est en rapport avec la position des yeux.

LÉON FREDERICQ.

Ein gekreuzter Reflex beim Frosch (Un réflexe croisé chez la grenouille), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie*, *p.* 141, 1887).

Si l'on tient une grenouille en main de manière que les pattes de derrière pendent librement, et qu'on frotte légèrement avec l'ongle ou un instrument mousse sur la région de l'œil et de la membrane du tympan, on verra se produire un mouvement de balancement de la patte postérieure de l'autre côté. Le membre s'étend complètement dans l'abduction, la membrane natatoire déployée, l'articulation coxofémorale fléchie.

L'extirpation des hémisphères cérébraux et des lobes optiques n'empêche pas la production de ce réflexe croisé. On peut également le provoquer par excitation électrique de la surface cutanée de la région céphalique en question.

L'entrecroisement des impulsions motrices paraît s'opérer dans la moelle épinière, probablement à un niveau assez bas, comme le prouvent les résultats de section sagittale des parties supérieures du système nerveux central.

Si l'on supprime les hémisphères cérébraux et les lobes optiques, et qu'on place les deux électrodes excitatrices, l'une à droite, l'autre à gauche, on observera le réflexe à droite ou à gauche suivant la position respective des électrodes et suivant qu'il s'agit d'une excitation de rupture (excitation au pôle positif) ou de fermeture (excitation au pôle négatif) du courant. Le mouvement réflexe de la patte du côté opposé à l'excitation est accompagné de la fermeture de l'œil du même côté ; en même temps la tête se détourne. L'excitation de rupture est beaucoup moins active que celle de fermeture. LÉON FREDERICQ.

Beitrag zur Kenntniss des Muskeltonus (Contribution à l'étude du tonus musculaire), par J. MOMMSEN (*Arch. f. path. An. u. Phys., CI, Heft* 1, *p.* 22).

Dans la plupart des livres de physiologie, les réflexes tendineux et la tonicité musculaire sont considérés comme des réflexes d'origine cutanée. Déjà Tschirjew s'est élevé contre cette opinion et fait de ces deux phénomènes des réflexes purement musculaires. L'auteur se propose d'étudier à nouveau au point de vue physiologique cette question, qui, depuis la découverte de Westphal, a pris un grand intérêt. Il constate que chez la grenouille l'ablation du cerveau détermine un léger état de contracture. Cette contracture réflexe est indépendante des nerfs sensibles de la peau, elle persiste après l'ablation de la peau et après la section des racines postérieures de la moelle. Par élimination, il admet donc que ces deux phénomènes sont dus à un véritable réflexe musculaire. L'excitation qui met ce réflexe en jeu est d'ordre mécanique, elle consiste, pour le tonus musculaire, dans l'extension permanente du muscle fixé par ses deux extrémités ; pour le réflexe tendineux, elle est due à l'extension brusque du muscle. Dans le tabes, le réflexe est supprimé parce qu'une portion de l'arc réflexe est détruite au niveau de la moelle. Dans une note assez intéressante l'auteur signale les relations qui existent chez la grenouille entre le réflexe tendineux et les fonctions génésiques. Chez cet animal le réflexe n'existe que pendant la période du rut, il en conclut que les centres réflexes des membres inférieurs voisins de ceux des organes génitaux dans la moelle subissent par contiguïté une excitation transitoire au moment où se développe l'activité sexuelle annuelle. Il a voulu rechercher dans l'espèce humaine s'il existait un phénomène analogue, mais sans résultat, il constate que le réflexe du genou est au moins aussi marqué chez l'enfant et la femme après la ménopause que chez les individus adultes. P. GALLOIS.

Ueber eine neue Beziehung zwischen Zuckung und Tetanus (Sur une relation nouvelle entre la secousse et le tétanos), par G.-A. BUCKMASTER (*Archiv für Physiologie, p.* 459, 1886).

Le tétanos peut être considéré comme résultant de la combinaison de secousses simples se succédant à court intervalle. Or, dans le tétanos produit par des excitations strictement équivalentes et équidistantes, atteignant un muscle non fatigué et exempt de contracture, la courbe de contraction est exactement hyperbolique d'après Bohr. Buckmaster retrouve cette forme hyperbolique sur la courbe obtenue en réunissant les sommets d'une série de graphiques de secousses isolées. Il constate aussi que la plus grande distance de l'abscisse que cette courbe puisse atteindre est indépendante de la fréquence des excitations, c'est-à-dire de la durée de l'intervalle qui sépare deux excitations. Les excitations fréquentes permettent seulement à la courbe d'atteindre plus rapidement cette hauteur maximum. La hauteur maximum à laquelle le raccourcissement puisse atteindre dépend au contraire de l'intensité de l'excitant.

LÉON FREDERICQ.

Die Summation der negativen Schwankungen (La sommation des oscillations négatives, par K. SCHÖNLEIN (*Archiv für Physiologie, p.* 251, 1887).

Schönlein mesure la somme des variations négatives d'un muscle de grenouille tétanisé (par excitation électrique du nerf), par la déviation permanente qu'elles produisent dans la boussole de Meistner-Meyerstein. L'inscription simultanée de la courbe myographique permettait de comparer le travail du muscle avec l'intensité des variations négatives.

Schönlein est arrivé aux résultats suivants :

1° Chaque fois qu'une augmentation de fréquence des excitations produit une augmentation de la variation négative totale, il y a également production plus grande de travail, c'est-à-dire ascension plus forte de la courbe myographique. Une déviation plus faible de l'aimant de la boussole correspond pareillement à une diminution de hauteur de la courbe myographique.

2° A mesure que les excitations deviennent plus fréquentes, on observe une diminution de la fraction d'oscillation négative qui correspond à chacune de ces excitations. Cependant la valeur de l'oscillation propre à chaque excitation doit diminuer moins vite que l'intervalle qui sépare deux excitations, puisque l'augmentation du nombre des excitations produit une déviation plus forte de l'aimant.

3° Ceci n'est vrai que jusqu'à une limite supérieure de fréquence des oscillations, au-dessus de laquelle la dérivation de l'aimant n'augmente plus.

4° Avec une fréquence encore plus grande, on obtient même une diminution de la déviation de l'aimant. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Bildung von Milchsäure bei der Thätigkeit des Muskels und ihr weiteres Schicksal im Organismus (Formation d'acide lactique pendant l'action musculaire), par W. MARCUSE (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XXXIX*, *p.* 425).

Helmholtz (1845) a constaté que l'extrait aqueux du muscle diminue

et que l'extrait alcoolique augmente après que le muscle a été mis en contraction tétanique. L'activité musculaire consomme donc des substances solubles dans l'eau et produit des substances insolubles dans l'alcool. Le glycogène est l'une de ces substances, comme l'ont montré Nasse (1868) et Weiss (1871). On a cru que l'acide sarcolactique en était une autre. On interprétait ainsi des observations de Berzélius, de Du Bois-Reymond et de Spiro. Mais Astaschwesky (1880) et Warren (1881) ont définitivement affirmé que le muscle tétanisé contenait moins d'acide lactique (extrait par l'éther) que le muscle au repos. Ces contradictions nécessitaient de nouvelles expériences. Marcuse opère sur la grenouille : on prépare les membres postérieurs, celui d'un côté étant laissé au repos, celui de l'autre côté étant tétanisé pendant 1 à 2 heures. Après quoi les muscles sont jetés dans l'eau bouillante, écrasés et épuisés par l'eau chaude à plusieurs reprises et l'extrait est concentré. On précipite par l'alcool à chaud, puis le résidu est repris par l'alcool additionné de quelques gouttes d'acide acétique. Le glycogène se trouve dans le précipité; l'acide lactique dans la liqueur alcoolique. — On débarrasse le glycogène des matières azotées et on le pèse. On extrait l'acide lactique par la méthode de Bohm et enfin à l'état de lactate de baryte traité ensuite par le sulfate de zinc. — Les déterminations précédentes montrent que l'activité musculaire donne naissance à de l'acide lactique et détruit du glycogène. En comparant ce résultat avec ceux de Bohm sur la rigidité cadavérique, on constate que l'activité musculaire et la rigidité accroissent la quantité d'acide lactique ; mais que la quantité de glycogène reste fixe pendant la rigidité, alors qu'elle s'abaisse considérablement pendant l'activité musculaire. Ce n'est donc pas aux dépens du glycogène ou des hydrates de carbone que se forme l'acide lactique du muscle rigide. Cette possibilité existe par le muscle actif, bien que le glycogène détruit soit supérieur à l'acide formé. Spiro a montré que l'activité musculaire a pour conséquence le passage d'une certaine quantité d'acide lactique dans le sang. D'après Minkowski (1885), le foie détruit cet acide. En résumé, l'activité musculaire produit de l'acide sarcolactique. La plus grande partie de cet acide est détruit dans le foie. Une petite partie s'échappe par les urines, au moins chez la grenouille ; tandis que ce passage n'a pas lieu chez les mammifères.

DASTRE.

I. — Ueber den elektrischen Widerstand lebender Gewebe (Résistance offerte aux courants électriques par les tissus vivants), par ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 767, 1er *novembre* 1886).

II. — Der elektrophysiologische Leitungswiderstand des menschlichen Körpers und seine Bedeutung für die Electrodiagnostik (La résistance physiologique du corps humain au passage de l'électricité et sa signification pour le diagnostic), par R. STINZING et E. GROEBER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XL*, *Heft* 2, *p.* 129, 1887).

I. — En employant des courants de courte durée et des galvanomètres sensibles, Rosenthal n'a pas pu constater des différences aussi grandes qu'on le prétend, entre la résistance dans le sens longitudinal et dans le sens transversal des muscles et des nerfs. De même il s'est convaincu que l'écart dans le pouvoir de conductibilité des muscles et des nerfs

vivants ou, au contraire, morts est bien moins considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici ; parfois même leur pouvoir est le même. J. B.

II. — La résistance au courant galvanique diminue très rapidement dans les premières minutes de l'application, puis elle s'abaisse ensuite pendant plusieurs heures d'une façon très lente.

Plus les courants galvaniques employés sont forts, plus petite est la résistance initiale. Avec des courants moyens (1-5 m^{a}), la résistance diminue si lentement après quelques minutes d'application, qu'on peut la considérer comme constante pendant une à plusieurs minutes : c'est une constante relative.

Avec des courants d'une force telle qu'on les emploie rarement en électrodiagnostic (5-15 m^{a}), la résistance tombe en quelques minutes à un minimum à peu près invariable que l'on peut considérer comme une constante presque absolue. Elle est à peu près la même sur des régions voisines, chez le même individu, à des moments différents. Il en est à peu près de même lorsqu'on pratique de courtes fermetures du courant.

Les fermetures rapides, les renversements du courant n'ont pas d'influence notable sur la constance, relative ou absolue, de la résistance; même après 30 minutes d'interruption du courant, il y a peu de changement dans la valeur de cette résistance.

L'accroissement de l'intensité du courant correspondant à la diminution de la résistance est négligeable, en pratique, lorsqu'on emploie des courants d'une certaine force.

La résistance et ses variations sont à peu près les mêmes lorsqu'on substitue des courants induits faibles ou moyens à des courants galvaniques de même intensité. Des courants induits intenses diminuent la résistance, mais dans une mesure beaucoup plus faible que les courants constants. Les interruptions modifient encore moins la résistance que les interruptions des courants constants.

La résistance au passage de l'électricité peut donc être négligée avec les courants faibles ou moyens que l'on emploie en électrodiagnostic, à condition toutefois que l'examen faradique précède l'examen galvanique. En effet, la résistance s'élève lorsqu'on fait succéder un courant faradique faible à un courant galvanique ou à un courant induit plus intense.

Sur le cadavre, les résultats sont à peu près les mêmes, seulement l'abaissement de la résistance au passage de l'électricité est plus régulièrement progressif que sur le vivant. A. MATHIEU.

Expériences sur les mouvements rythmiques du cœur, par Germain SÉE et E. GLEY (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 21 *mars* 1887).

En 1884, Kronecker et Schmey ont annoncé qu'il existe à la limite inférieure du tiers supérieur du sillon interventriculaire antérieur, dans le cœur du chien, un point d'entrecroisement des voies d'innervation dont ils ont fait un centre de coordination pour les mouvements des ventricules. Germain Sée et Gley, expérimentant sur le cœur de chiens curarisés, ont constaté qu'en enfonçant une aiguille au point sus-indiqué, on produit immédiatement dans les ventricules des contractions très intenses, mais aussi très désordonnées, comme ataxiques, qui s'affaiblissent très vite, puis disparaissent, les ventricules inertes se dilatant, alors que les oreillettes continuent à battre rythmiquement. La fara-

disation de ce même point détermine des trémulations ventriculaires. Il y a donc certainement en ce point un centre d'innervation, une sorte de nœud vital du cœur ; mais la nature fonctionnelle de ce centre paraît néanmoins incertaine, car il est possible qu'une excitation mécanique ou électrique de ce centre, en déterminant des contractions très rapprochées et désordonnées, épuise très vite et complètement l'irritabilité du muscle lui-même : les trémulations observées semblent en effet constituer la seule forme de tétanos que puissent prendre les muscles à mouvements rythmiques. Suivent quelques considérations sur les éclaircissements que le mécanisme de l'angine de poitrine peut recevoir de la connaissance de tous ces faits relatifs au nœud vital du cœur. M. DUVAL.

Action de certains sels sur les artères, par P.-S. LEE (*Studies from Biological Laboratory. Baltimore*, 1887).

Gaskell a constaté que l'addition d'une petite quantité de soude au liquide circulatoire, détermine une contraction des vaisseaux chez la grenouille. L'acide lactique provoque au contraire une dilatation. — Il a expliqué la tonicité vasculaire par la nature habituellement alcaline du milieu sanguin, et ses variations par les variations mêmes de cette alcalinité. Même théorie pour le cœur. — Cette théorie est hasardeuse, car Ringer et Buxton ont vu que le chlorure de potassium relâchait le cœur comme l'acide lactique. Le carbonate de soude est constricteur et systolique : mais ces actions sont annulées en présence du chlorure de potassium, qui existe normalement dans le sang. L'auteur a voulu contrôler ces résultats, en opérant sur le cœur de la tortue, avec du bicarbonate de soude, du phosphate de potasse et du chlorure de potassium. Il conclut que la quantité de ce dernier sel, qui existe normalement dans le sang, est insuffisante pour empêcher l'action constrictive des alcalis : elle la refrénerait seulement et serait la cause qui la maintiendrait dans de justes limites. DASTRE.

Pulsfolge und Blutdruck nach der Durchschneidung der Nervi vagi (Fréquence du pouls et pression sanguine après la section des pneumogastriques), par E. MÜNZEL (*Archiv für Physiologie, p.* 120, 1887).

Münzel étudie l'élévation de la pression sanguine qui se montre après la section des pneumogastriques, concurremment avec l'accélération des pulsations cardiaques. Il trouve que la section préalable de la moelle épinière au niveau de la deuxième vertèbre cervicale n'empêche aucun de ces deux phénomènes de se produire après la section des pneumogastriques. On voit alors (chez le chien à moelle coupée et dont on sectionne les pneumogastriques) la pression monter pendant environ cinq minutes, se maintenir à un niveau élevé pendant le double de ce temps, puis décroître plus ou moins vite, pour finir par descendre à un niveau inférieur à celui du début de l'expérience. Au reste, les différents chiens présentent, sous ce rapport, des différences considérables qui s'expliqueraient, suivant Münzel, d'après l'état d'excitation plus ou moins grande de la moelle épinière, produite par le traumatisme de la section. Lorsque la moelle est sous l'influence de l'excitation traumatique, l'accélération des pulsations cardiaques (qui suit la section des pneumogastriques) suffit pour expliquer la hausse de la pression. Il suffit, en effet, d'exciter

la moelle par l'électricité, pour constater l'influence manifeste du rythme cardiaque, sur la valeur de la pression artérielle. Chaque fois que l'on excite dans ces conditions le bout périphérique des pneumogastriques coupés, on voit baisser la pression. Au contraire, lorsque la moelle est paralysée et que la pression artérielle est descendue à un niveau fort bas, par suite de cette section de la moelle, sa valeur ne se modifie plus guère sous l'influence de variations dans le nombre des pulsations cardiaques.

Münzel a répété les expériences de section de la moelle et des pneumogastriques chez des chiens, auxquels il avait, quelque temps auparavant, coupé au niveau du cardia les rameaux abdominaux du pneumogastrique. La hausse de la pression sanguine s'est encore montrée.

Enfin il a constaté que, chez les animaux à moelle coupée et empoisonnés par l'atropine, la section des pneumogastriques n'a plus aucun effet, ni sur le rythme cardiaque, ni sur la pression sanguine. Si la moelle est intacte, la section des pneumogastriques, pratiquée chez l'animal empoisonné par l'atropine, n'a plus d'effet sur le rythme cardiaque, mais n'empêche pas la hausse de la pression de se manifester, comme Pawlow l'avait déjà montré.

Münzel termine son travail en relatant des expériences d'excitation du bout périphérique du pneumogastrique coupé, pratiquées chez les chiens à moelle coupée. Il obtient une élévation de la pression, lorsque les rameaux abdominaux du pneumogastrique sont intacts. S'ils ont été coupés au préalable, l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique est sans effet sur le nombre des pulsations et sur la valeur de la pression sanguine. Il s'agit sans doute d'animaux empoisonnés par l'atropine, quoique l'auteur ne le dise pas expressément. LÉON FREDERICQ.

Sur quelques points relatifs à l'action de la salive sur le grain d'amidon. Note par E. BOURQUELOT (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 3 *janvier* 1887).

Sur la composition du grain d'amidon, par LE MÊME (*Ibidem*, 3 *janvier* 1887).

Sur les caractères de l'affaiblissement éprouvé par la diastase sous l'action de la chaleur, par LE MÊME (*Ibidem*, 28 *février* 1887).

A la température ordinaire, la salive n'a pas d'action sur l'amidon cru, qu'elle ne dissout que lorsqu'il a été hydraté, par l'action de l'eau et de la chaleur. Mais cependant la présence de la diastase favorise l'hydratation de l'amidon : en effet, à la température où l'eau commence à transformer la fécule en amidon hydraté saccharifiable, l'eau additionnée de salive exerce une action supérieure à l'action exercée par l'eau et la salive employées successivement; cette supériorité se continue en diminuant de valeur jusque vers 58 degrés. Les actions sont alors à peu près égales dans les deux cas. L'avantage est ensuite à l'action successive de l'eau, puis de la salive. Ce dernier fait ne peut se concevoir qu'en admettant qu'à partir de 58 degrés la diastase salivaire commence à être détruite partiellement ou atténuée.

D'autre part, après avoir démontré que l'action hydratante de l'eau sur le grain d'amidon est fonction de la température sans être fonction du temps, alors que toutes les hydratations effectuées sur une seule espèce chimique organique donnent des quantités de produits propor-

tionnelles au temps, l'auteur est amené à conclure que le grain d'amidon est formé d'un nombre considérable de divers hydrates de carbone, hydrates qui sont peut-être identiques à l'origine et ne deviennent différents qu'en vieillissant, par exemple par polymérisation. C'est du reste une hypothèse de ce genre qui est admise par plusieurs auteurs relativement à la composition de la paroi cellulaire épaissie des végétaux.

De même on est amené à supposer que la diastase naturelle est un mélange de deux ou plusieurs ferments solubles. En effet, en étudiant les détails de l'affaiblissement de ce ferment sous l'influence de la chaleur, on constate que si la diastase, ainsi affaiblie, a perdu, même employée en excès, le pouvoir de pousser jusqu'à sa limite dernière la *dégradation* de l'amidon (enlèvement répété et successif d'une molécule $C^{24}H^{20}O^{20}$ à la molécule amylacée), par contre cette même diastase affaiblie accomplit les mêmes phases de la réaction aussi rapidement que la diastase naturelle, ce qui autorise à penser que ce n'est pas la quantité du ferment qui a diminué, mais que c'est sa qualité qui s'est modifiée ; à moins qu'on n'admette dans la diastase naturelle la présence de deux ou plusieurs ferments solubles mélangés, lesquels seraient détruits successivement par l'élévation de température. M. DUVAL.

On the influence of alcohols on the conversion of starch by diastase (Influence des alcools sur la saccharification de l'amidon par diastase), par DUGGAR (*Studies from Biological Laboratory. Baltimore*, 1887).

L'auteur a étudié l'influence des alcools méthylique, éthylique, propylique, butylique, amylique; l'allyle, le glycol, le glycérol et le mannitol. — Il a constaté que l'action retardatrice de ces corps croît suivant les termes de la liste précédente, c'est-à-dire avec l'addition de chaque groupe CH : elle décroit à mesure qu'augmentent les équivalents d'oxygène. — Ces résultats sont sensiblement d'accord avec ceux d'Audigé et Dujardin-Beaumetz, sur la toxicité de ces substances pour l'organisme entier, et avec ceux de Ringer, pour leur action sur le cœur de la grenouille. — L'auteur admet que ces faits peuvent s'expliquer par la considération que les alcools inférieurs posséderaient une alcalinité qui ne serait point saturable. DASTRE.

Können von der Schleimhaut des Magens auch Bromide und Iodide zerlegt werden? (La muqueuse stomacale peut-elle décomposer les bromures et les iodures?), par E. KULZ (*Zeitschr. f. Biol.*, *XXIII*, *p.* 460).

Maly a expliqué la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique par une action chimique; les chlorures de sodium et de calcium seraient décomposés par les phosphates monobasique et bibasique de sodium. On a objecté (Buchheim) que le suc gastrique devrait, pour les mêmes raisons, contenir de l'acide bromhydrique et de l'acide iodhydrique, lorsque l'on aurait saturé l'organisme de l'animal avec l'un ou l'autre des sels sodiques correspondants. Kulz se livre précisément à cette vérification. Il administre à un chien de 25 kilogrammes 6 grammes de bromure de sodium en deux doses pendant 20 jours et 9 grammes en trois doses pendant 15 jours; il recueille le suc gastrique et y recherche les acides par la méthode de Rabuteau. Il constate ainsi qu'en effet le

suc gastrique contient des quantités d'acide bromhydrique comparables à celles de l'acide chlorhydrique et des proportions notables quoique moindres d'acide iodhydrique. DASTRE.

Die Fettbildung aus Kohlenhydraten beim Hunde (Production de graisse aux dépens des hydrocarbures chez le chien), par Immanuel MUNK (*Arch. f. path. An. u. Phys., CI, Heft* 1, *p.* 91).

L'auteur soumet un chien de 37 kilogrammes à un jeûne de 31 jours, il lui permet seulement de boire de l'eau. Il constate que pendant les 15 premiers jours environ l'élimination de l'azote va en diminuant d'une façon notable, et qu'à partir de ce moment elle devient sensiblement constante jusqu'à la fin. L'élimination du soufre suit une marche parallèle. La quantité d'eau absorbée journellement assez variable dans la première quinzaine est, pendant la seconde quinzaine, devenue également presque constante (250 à 300 grammes). De calculs assez compliqués, Munk croit pouvoir déduire que son animal a perdu 2,170 grammes de graisse sur les 11 kilogrammes qu'il a perdus de son poids total. Après ce jeûne prolongé, l'auteur recommence à alimenter le même chien avec de la viande, de l'empois d'amidon, de l'amidon et du sucre. Ce n'est qu'au troisième jour de ce régime que l'élimination de l'urée revient à son chiffre normal. L'auteur constate que les hydrocarbures peuvent jouer vis-à-vis de l'albumine le rôle d'aliments d'épargne, puisque pendant les deux premiers jours la viande absorbée a été à peine oxydée et a donné peu d'urée, l'albumine qui la constituait a dû, pendant ce temps, être absorbée, assimilée, et utilisée à la réparation de la chair musculaire. L'empois d'amidon a eu un rôle analogue. Au bout du 25e jour de la période de réalimentation, l'animal est pris de diarrhée (comme cela est presque constant quand on cherche à alimenter des chiens avec des hydrocarbures) et comme il commence à perdre de son poids au lieu de continuer à augmenter, Munk le tue par le chloroforme, il dissout dans l'éther la graisse reformée, puis évapore l'éther et trouve que le chien a pu emmagasiner 937 grammes de graisses. Comme d'après les expériences de Pettenkofer et Voit, on connait la quantité de graisses que peuvent fournir les substances albuminoïdes, l'auteur arrive par le calcul à admettre que sur son animal une quantité de 150 à 200 grammes de graisse au moins s'est formée aux dépens des hydrocarbures. C'est d'après lui la première démonstration qui ait été faite de la transformation des hydrocarbures en graisse chez le chien. Continuant ses calculs, il reconnait que même dans les cas les plus favorables, les hydrocarbures ne peuvent fournir en graisses assimilées qu'une quantité 9 fois moindre que celle qui provient des graisses prises en aliment. Résumant toutes les connaissances que nous possédons sur l'origine de la graisse tenue en réserve dans le corps des carnivores, Munk lui donne quatre origines : 1° l'albumine; 2° la graisse; 3° les acides gras (qui, par synthèse avec la glycérine, reproduisent de la graisse); 4° enfin les substances hydrocarbonées. Il suppose que chez l'homme la graisse doit avoir les mêmes origines. P. GALLOIS.

Versuche über die peristaltische Bewegung und über Wirkung der Abführmittel (Recherches sur les mouvements péristaltiques et sur l'action des purgatifs), par Julius HESS (*D. Arch. f. klin. Med., Band XL, p.* 93, 1886).

M. J. Hess s'est servi d'une méthode nouvelle pour étudier les mouvements péristaltiques de l'intestin et l'effet des purgatifs. Il se sert d'un ballon de caoutchouc qui se termine par un tube de même nature. Une fistule gastrique est pratiquée sur le chien, un peu au-dessus de l'orifice du pylore.

La poire de caoutchouc, remplie d'eau, sans être distendue, est introduite à travers la fistule et le pylore dans la partie supérieure de l'intestin grêle. Les mouvements péristaltiques de l'intestin entraînent devant eux la poire de caoutchouc et le tube qui lui fait suite. Comme celui-ci est gradué en centimètres, il est facile d'apprécier la rapidité de la marche du ballon de caoutchouc et de savoir de combien il s'est enfoncé dans l'intestin, jusqu'au moment où il apparaît à l'anus.

Lorsque la poire est déjà enfoncée, on peut verser au-dessus d'elle des purgatifs divers dans la cavité de l'intestin.

Il a paru que l'huile de croton agissait de préférence sur l'intestin grêle, et l'huile de ricin sur le gros intestin. La force des contractions péristaltiques était aussi notablement supérieure à la normale.

Quand le ballon est distendu de façon à interrompre complètement la lumière de l'intestin, de telle sorte que les liquides ne passent pas au delà, la diarrhée ne se montre pas. Elle apparaît au contraire rapidement, lorsque le ballon est vidé de façon à rétablir la communication entre la partie supérieure et la partie inférieure de l'intestin. Cela semble donc indiquer que les ondes péristaltiques ne se propagent pas au loin, et que le liquide purgatif a besoin, pour que cette propagation ait lieu, de toucher la muqueuse au-dessous du point premier d'application.

ALBERT MATHIEU.

Ueber den Einfluss des Glyzerins auf die Zersetzungen im Thierkörper und über den Nährwerth desselben (Influence de la glycérine sur les décompositions organiques et valeur nutritive de cette substance), par L. ARNSCHINK (*Zeitschrift für Biologie, XXIII, p.* 413).

L'auteur rappelle les expériences de Lewin, Tschirwinsky, Catillon, Munk, Scheremetjewski et Lebedeff. Lui-même reprend les recherches en opérant sur un chien nourri pendant une semaine à l'eau et à la viande et pendant une autre semaine avec la même ration à laquelle on ajoute quotidiennement de 50 à 80 grammes de glycérine. Il détermine l'azote excrété par l'urine et les fèces et l'acide carbonique de l'expiration et des excréta. Il y a augmentation de la quantité de ces deux gaz qui est rejetée, à la suite de l'emploi de la glycérine et en même temps diminution légère du poids de l'animal. L'effet se produit lorsque la dose de glycérine s'élève au-dessus de 7 grammes par kilogramme d'animal. — Il recherche ensuite, comme quelques-uns de ses prédécesseurs la glycérine en nature dans l'urine et il trouve que la proportion rejetée par cette voie varie de 34 à 20 0/0 de la quantité ingérée. — L'urine ne contiendrait d'ailleurs aucun autre hydrate de carbone. — Les excréments n'entraînent qu'une quantité insignifiante de glycérine 5/000. — En fai-

sant le bilan nutritif on voit que le carbone excrété dans le cas de régime à la glycérine est partiellement emprunté à cette substance et, par conséquent, épargne celui qui est emprunté normalement à la réserve de substances grasses. Arnschink n'a pas observé les hématuries signalées par quelques auteurs. — Il ne suffit pas, pour apprécier la valeur nutritive d'une substance, de montrer qu'elle se détruit et s'oxyde dans l'organisme en produisant de la chaleur, il faut encore montrer qu'elle n'accroît pas incidemment la destruction de l'albumine ou de la graisse.

DASTRE.

Untersuchungen über die Zuckerbildung in dem Leber (Recherches sur la formation du sucre dans le foie), par O. LANGENDORFF (*Archiv f. Physiologie*, 1886. *Suppl. Band, p.* 269).

1. Schiff a découvert, en 1859, que les grenouilles empoisonnées par la strychnine deviennent diabétiques. Cet effet ne se produit que pendant la période où le foie contient du glycogène, c'est-à-dire en automne, en hiver et au commencement du printemps. En été, le foie des grenouilles ne contient pas de glycogène et la strychnine ne les rend pas diabétiques. Le diabète le plus intense s'observe à l'époque où le foie est le plus riche en glycogène, c'est-à-dire en automne. Le séjour de la grenouille dans une étuve chauffée à 25-32° fait disparaître pendant la saison froide le glycogène du foie ; dans ce cas la strychnine ne produit plus de diabète. Pareillement les grenouilles prises en été et conservées pendant quelque temps à 0° présentent du glycogène dans leur foie et sont susceptibles de devenir diabétiques par la strychnine. Le diabète fait disparaître le glycogène du foie, mais non complètement. Les dernières parcelles de glycogène paraissent donc être retenues énergiquement par le foie.

2. La formation du diabète strychnique ne peut être attribuée au tétanos des muscles. En effet les grenouilles paralysées par le curare et qui par exception n'étaient pas devenues diabétiques par le poison des flèches, le devinrent quand on les soumit ultérieurement à l'action de la strychnine. A haute dose, la strychnine paralyse d'ailleurs les muscles sans les faire passer par une période de convulsions : le diabète est de règle dans ce cas. Il semble même qu'il soit plus intense que dans l'empoisonnement par de petites doses de strychnine.

3. L'extirpation totale du foie empêche la production du diabète strychnique. L'extirpation partielle diminue sa durée et son intensité.

4. L'extirpation de la moelle allongée et des parties supérieures du système nerveux central n'empêche pas la production du diabète strychnique. Quoique ces parties du système nerveux central puissent avoir quelque influence sur la production du phénomène, leur intégrité ne paraît pas nécessaire. La destruction de la moelle épinière supprime le tétanos strychnique.

L'intervention du système nerveux central, ou tout au moins celle de la moelle, est indispensable à la transformation du glycogène du foie en sucre chez les grenouilles empoisonnées par la strychnine. Le système nerveux agit-il directement sur les cellules hépatiques par une action analogue à celle des fibres nerveuses sécrétoires sur les cellules des glandes? ou bien cette action s'exerce-t-elle par l'intermédiaire des

nerfs vaso-moteurs ? S'agit-il d'une dilatation des vaisseaux du foie et d'une accélération du cours du sang dans cet organe ? La seconde hypothèse paraît peu probable en présence d'expériences dans lesquelles la circulation hépatique était réduite au minimum (soit par ligature de la veine porte soit par hémorragie abondante préalable). La restriction de la circulation hépatique n'empêche nullement dans ces cas, l'action de la strychnine sur la production de la glycosurie.

La transformation du glycogène en sucre dans les cellules du foie paraît se faire bien plutôt par une intervention active du protoplasma vivant que par une fermentation diastasique. Le tissu du foie et le sang ne contiennent que des traces de ce ferment.

5. Pendant la seconde moitié de l'hiver, le foie des grenouilles ne contient pas de sucre probablement parce que les petites quantités de sucre qui s'y forment sont entraînées au fur et à mesure par la circulation. Le foie extrait du corps et placé dans l'étuve se charge de sucre en peu de temps. A la même époque le foie des grenouilles empoisonnées par la strychnine contient toujours un peu de sucre.

La consommation du glycogène hépatique pendant la glycosurie d'origine strychnique a pour effet de réduire considérablement (d'un tiers environ) le volume et le poids du foie. Le séjour prolongé dans une étuve chauffée a le même effet sur la quantité de glycogène et sur le poids du foie.

Le diabète strychnique modifie du tout au tout l'aspect microscopique des cellules hépatiques. Un foie de grenouille d'automne ou d'hiver, durci dans l'alcool puis examiné en coupe mince dans la glycérine, montre de grandes cellules bien limitées, remplies d'un contenu réfringent, vitreux, homogène qui n'est autre que du glycogène précipité par l'alcool. Dans le foie frais, le glycogène n'est pas à l'état solide, mais à l'état de dissolution sirupeuse. Le noyau est souvent peu visible et n'apparaît bien qu'après disparition du glycogène. Le protoplasme est fort réduit.

Après l'empoisonnement par la strychnine, les cellules hépatiques sont petites, polygonales, à contours peu distincts. Le noyau et le protoplasme granuleux remplissent presque complètement la cellule. Le glycogène est réduit à une zone marginale peu étendue.

Nous renvoyons au mémoire original le lecteur curieux d'étudier en détail la structure de la cellule hépatique à l'état normal et après production du diabète strychnique. LÉON FREDERICQ.

Du rôle de l'eau potable dans l'inanition, par LABORDE (*C.-R. de la Société de Biologie*, 18 *décembre* 1886).

Deux chiens de même poids et de même âge furent soumis à l'inanition, l'un privé d'aliments solides et liquides, l'autre d'aliments solides seulement et buvant par jour en moyenne 100 grammes d'eau. Le chien soumis au jeûne absolu succomba le 20e jour ; son poids initial de 15 kil. 500 tomba à 8 kilogrammes, perte 7 kil. 500, la moitié environ. Le chien qui buvait de l'eau survivait le 39e jour après avoir perdu 7 kil. 900 ; 400 grammes de plus que l'autre ; il est redevenu rapidement vigoureux lorsqu'on lui a rendu des aliments. F. H.

Beitrag zur Lehre von der Perspiratio insensibilis (Contribution à l'étude de la perspiration insensible), par E. PEIPER (*Zeitschrift für klin. Medicin, Band XII, p.* 153-168).

1° La perspiration insensible varie suivant les régions du corps. Elle atteint son maximum dans les régions où l'épiderme est épais et les glandes sudoripares nombreuses (paume des mains, plante du pied). Sur deux points symétriques par rapport à l'axe médian elle est plus forte du côté droit que du côté gauche.

2° Elle varie suivant les divers moments de la journée. Elle augmente de 8 heures du matin à minuit pour diminuer ensuite. L'augmentation est surtout prononcée dans les premières heures de la nuit, ce qui semble tenir à la chaleur du lit. Après les repas on observe toujours sur la ligne graphique une légère oscillation de descente.

3° Une température élevée, un air très sec augmentent la perspiration; les conditions inverses la diminuent. Les variations ordinaires du baromètre ne sont pas assez considérables pour avoir une influence, mais une diminution marquée de la pression (climat des montagnes) amène une augmentation.

4° Chez un sujet rendant 1771 centimètres cubes d'urine, la perspiration atteignait en un quart d'heure $0^{gr},176$. Chez lui les diurétiques ne diminuaient pas notablement la perspiration. Cette diminution est pourtant ordinaire dans toutes les augmentations de la diurèse, chez les diabétiques par exemple.

Les diabétiques augmentent la perspiration si leur action est modérée, la diminuent si elle est intense. Les injections d'atropine entraînent une diminution notable.

5° L'influence exercée par le sens, le poids, la grandeur du corps sur la respiration est encore incertaine. Au point de vue de l'âge, la perspiration est relativement plus forte chez l'enfant, quoique bien entendu sa valeur absolue reste plus faible que chez l'adulte. M. DEBOVE.

Uber Wechselbeziehungen zwischen Secreten und Excreten des Organismus (Des rapports entre les sécrétions et les excrétions de l'organisme), par STICKER et HUBNER (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XII, p.* 114-142).

Stickner et Hubner étudient les relations qui existent entre la réaction de l'urine et la production du suc gastrique et pancréatique pendant la digestion. Ils montrent que, sur un même sujet à régime fixe, l'acidité de l'urine atteint pour vingt-quatre heures un chiffre constant. Le travail musculaire, la menstruation, l'état d'esprit ont une faible influence sur cette acidité. Mais elle dépend surtout de la production d'acides qui se fait dans l'organisme et en particulier dans l'appareil digestif. Si, d'ailleurs, cette acidité est sensiblement constante sur un même sujet, elle varie d'un sujet à l'autre; elle varie également suivant les états pathologiques.

La preuve que l'acidité de l'urine dépend surtout de la formation et de l'élimination des acides de l'organisme est fournie par ce fait que lorsque ces acides sont soustraits artificiellement ou naturellement (par le vomissement, par exemple), l'acidité diminue. D'autre part, quand on étudie les variations de cette acidité aux divers moments de la journée,

on constate que ces variations suivent fidèlement les diverses phases de la digestion. La courbe obtenue est tout à fait analogue à la courbe dressée par Sahli pour la pepsine dans l'urine.

Pourrait-on utiliser ce fait pathologique dans la séméiologie des maladies de l'estomac ? Stickner et Hubner ne le croient pas. La production plus ou moins grande du suc pancréatique joue son rôle à côté de celle du suc gastrique et pourrait conduire à des conclusions erronées.

M. DEBOVE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Sulle degenerazioni discendenti consecutive a lesioni sperimentali in diverse zone della corteccia cerebrale, par MARCHI et ALGERI (*Rivista sper. di freniatria e di med. leg., vol. XII, fasc.* 3).

Les expériences entreprises par Marchi et Algeri leur ont donné les résultats suivants.

Chez les animaux (3 chiens et 1 singe) auxquels on a enlevé la substance cérébrale correspondant à la zone motrice, la dégénération occupait les deux faisceaux pyramidaux, avec prédominance du côté opposé à la lésion. Chez les 3 chiens auxquels on a enlevé la substance cérébrale à 1 centimètre 1/2 en arrière du sillon crucial (zone intermédiaire), on a trouvé, en même temps qu'une dégénération partielle du faisceau pyramidal croisé, une dégénération très marquée des cordons postérieurs, limitée aux cordons de Burdach, sans parler de quelques autres fibres dégénérées çà et là dans toute la section de la moelle épinière. Chez les animaux (3 chiens et 2 singes), pour lesquels on fit porter la lésion corticale plus en arrière ou tout à fait sur le lobe occipital, on vit que la dégénération faisait presque complètement défaut dans les cordons antérieurs et latéraux, tandis qu'elle était très évidente dans les cordons de Burdach, avec quelques rares fibres dégénérées dans les cordons de Goll.

Il en résulte qu'à la lésion d'un point déterminé de l'écorce cérébrale ne correspond pas une dégénération systématisée d'un faisceau de fibres de la moelle, et qu'en particulier la dégénération du faisceau pyramidal n'est pas due uniquement à la lésion de la zone motrice, comme beaucoup d'auteurs l'ont admis.

DESCOURTIS.

Ueber Zwansgsbewegungen bei Zerstörung der Hirnrinde (Mouvements automatiques à la suite des destructions de l'écorce cérébrale), par W. BECHTEREW (*Arch f. path. An. u. Phys. CI, Heft* 3, *p.* 473).

On a signalé des mouvements de manège chez le chien à la suite de la destruction du gyrus sigmoïde. D'après Bechterew, le territoire à détruire pour obtenir ces mouvements se trouverait un peu en arrière de ce gyrus. Les mouvements de manège se produisent presque aussitôt après la destruction de ce centre, le corps de l'animal est incurvé

dans le sens du mouvement, les yeux regardent dans la direction que suit l'animal. Ces mouvements cessent au bout d'un certain temps, mais ils se reproduisent sous forme de véritables accès plusieurs mois après l'opération. Bechterew pense que ces mouvements revenant par accès sont dus non pas à la destruction de l'écorce grise, mais à l'irritation que cette destruction provoque dans les parties blanches sous-jacentes. Il suffit en effet de déposer du sel sur la région en question, sans faire aucune destruction, pour provoquer ces mouvements. L'auteur pense que dans ces parties blanches se trouvent des fibres commissurales reliant au cervelet les centres moteurs de l'écorce cérébrale, et faisant partie de l'appareil de l'équilibre, auquel l'animal doit la faculté de se rendre compte de sa situation dans l'espace.

Il rapporte l'observation d'un homme qui longtemps après un violent traumatisme ayant atteint le crâne au niveau de la suture lambdoïde gauche, eut des mouvements circulaires. A l'autopsie on trouva de la méningite avec un foyer d'encéphalite en arrière des régions motrices corticales. P. GALLOIS.

Ist ein unmittelbarer Einfluss der Grosshirnrinde auf die Gefässe nachgewiesen? (L'écorce cérébrale a-t-elle une influence directe sur les vaisseaux?), par Robert-W. RAUDNITZ (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CI, Heft* 2, *p.* 276).

Raudnitz, pour apprécier les modifications survenues dans les contractions des vaisseaux, se contente de prendre la température des pattes d'un chien avec un thermomètre fixé au moyen d'un appareil ouaté. Mettant ensuite à nu le cerveau, il fait deux séries d'expériences; dans l'une il excite les régions motrices, dans l'autre il les détruit, puis il examine l'influence qu'exerce l'opium (qui abaisse la température périphérique) et l'éther (qui élève cette température) sur la calorification des pattes de l'animal en expérience. Pour éviter que les contractions des muscles striés ne viennent, par l'élévation thermique qu'elles provoquent, modifier et masquer les résultats, il a soin de curariser ses animaux, assez pour supprimer les mouvements des fibres striées, pas assez pour agir sur les contractions des fibres lisses. De ses expériences il conclut que les excitations de la région psycho-motrice d'un membre en abaisse la température, que sa destruction amène l'élévation de la température du membre correspondant. P. GALLOIS.

Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et en particulier la perte de la sensibilité et la mort subite, par BROWN-SÉQUARD (*Compt. rend. Acad. des sciences, 4 avril* 1887).

La peau de la région cervicale antérieure, surtout vers la ligne médiane, ne peut être coupée sans qu'il y ait diminution de la sensibilité aux causes de douleurs dans toute la moitié antérieure du cou; souvent même l'analgésie est complète, et peut s'étendre jusqu'à la mâchoire inférieure et une partie du thorax. Parfois, enfin il y a diminution de sensibilité partout; mais cet état disparaît promptement. Si donc les chirurgiens peuvent faire la trachéotomie sans douleur, dans des cas de croup et d'autres cas, ce n'est pas, comme ils le croient, uniquement parce que la sensibilité est diminuée par l'asphyxie, mais bien parceque

le début même de l'incision de la peau produit par inhibition la diminution ou la perte de la sensibilité.

D'autre part, il est de nombreuses observations d'individus morts par l'effet d'une pendaison insuffisante et incapable d'avoir empêché le passage de l'air dans la trachée. C'est que le larynx, la trachée, et la peau correspondante, sont capables, sous l'influence d'une irritation mécanique, de produire l'inhibition du cœur, de la respiration et de toutes les activités cérébrales. Quand on réussit à tuer des chiens par suite d'un coup sur la région cervicale antérieure, on constate que la mort a lieu sans convulsion, sans agonie, dans un état syncopal complet.

M. DUVAL.

Experimentelle Untersuchungen im Bereich des Centralnervensystems (Recherches expérimentales sur la paralysie générale), par FÜRSTNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 773, 8 *novembre*, *et n°* 51, *p.* 891, 20 *décembre* 1886).

Mendel (*Mittheilungen der kgl. Preuss. Akademie der Wissenschaften*, 1884) admet que la paralysie générale a pour origine des lésions du système vasculaire. Selon lui, à la suite de la congestion des vaisseaux leurs parois malades laissent passer le plasma et les globules blancs, lesquels vont se transformer en névroglie et cellules aranéennes aux dépens de la substance nerveuse. Persuadé que le passage de ces éléments de sang devait également s'effectuer au travers des parois vasculaires saines, pourvu que la pression fût suffisamment intense, il a eu recours pour y parvenir chez des chiens à la force centrifuge. Il plaçait ces animaux la tête vers la périphérie d'une table à laquelle il imprimait un mouvement de rotation. Les chiens succombaient au bout d'une demi-heure quand ils subissaient 120 à 130 tours par minute. A leur autopsie, Mendel a constaté les lésions suivantes : hyperémie des méninges et de la substance corticale du cerveau, avec nombreuses hémorragies dans les régions avoisinant le sillon crucial ; substance blanche exsangue et œdématiée. Les chiens qui avaient été soumis durant une quinzaine, 3 ou 4 fois par jour, à 100 ou 110 tours par minute présentaient une perte du sens musculaire dans les membres postérieurs d'abord, puis dans les antérieurs, des paralysies des membres, du tronc et du facial, une altération des aboiements et de la difficulté de miction. L'apathie observée dès le début se changeait en démence et les animaux finissaient par succomber. A leur autopsie, on reconnaissait de l'opacité et de l'épaississement des méninges, surtout le long des vaisseaux, un affaissement de certaines portions de l'écorce au niveau du cerveau antérieur, des adhérences entre la pie-mère et la substance corticale et, sous le microscope, une prolifération nucléaire, une néoformation de vaisseaux et des processus de dégénérescence dans les cellules ganglionnaires. Ni la moelle, ni les autres organes n'offraient d'altérations. Mendel n'hésite pas à admettre qu'il a produit chez ces chiens un processus morbide analogue à la paralysie générale.

Fürstner a refait les expériences de Mendel, en s'efforçant de se mettre dans de meilleures conditions, c'est-à-dire, de produire des lésions moins aiguës. Pour cela, il a procédé très graduellement, ne soumettant d'abord les chiens qu'à 60 ou 80 tours durant 1 ou 2 minutes par jour. Contrairement à Mendel, Fürstner a trouvé des lésions médullaires.

Ainsi, chez un chien qui avait subi pendant 15 mois des mouvements de rotation de gauche à droite, on apercevait, déjà à l'œil nu, une dégénération des cordons latéraux des pyramides, plus marquée à gauche, et à son summum au niveau de la moelle dorsale, mais ne se poursuivant pas dans le cerveau ; le microscope montrait qu'il s'agissait d'une dégénération primitive de la substance nerveuse, à tous les stades et que l'appareil vasculaire était intact. Chez un autre chien, on constatait en outre une dégénération partielle des cordons postérieurs, analogue, pour la répartition, aux cas d'affection systématique complexe de la moelle observés chez l'homme par Westphal et Strümpell. Chez un chien auquel il avait imprimé pendant 9 mois des mouvements de rotation de droite à gauche, la dégénération des cordons latéraux des pyramides, toujours plus marquée au niveau de la région dorsale, était plus avancée à droite. Ni les autres parties de substance blanche, ni la substance grise n'offraient d'altérations. Comme les nerfs périphériques, les racines et les portions périphériques de la substance blanche étaient aussi intacts, il ne pouvait s'agir ici d'une myélite par névrite migratrice. Quant aux lésions cérébrales, elles concordaient dans leur ensemble avec celles de Mendel : épaississement et opacités de la pie-mère, émigration de globules blancs, cellules aranéennes, multiplication des noyaux; mais Fürstner n'a noté aucune altération des vaisseaux ni des cellules ganglionnaires, aucun amas de pigment, aucune hémorragie méningée. Chez un chien, Fürstner a aussi constaté de l'atrophie du nerf optique.

Dans les symptômes, il convient de distinguer ceux qui sont l'effet immédiat et passager des mouvements de rotation, de ceux qui dépendent des lésions produites dans les centres nerveux. Au nombre des premiers, se trouvent la démarche raide, l'affaiblissement des membres postérieurs. Quand les animaux sont soumis depuis un certain temps à l'expérience, le mouvement de rotation les endort beaucoup plus vite. Dans les premiers temps, la salivation et la soif sont communes. Au début, le poids du corps diminue rapidement, puis il demeure stationnaire malgré la continuation des expériences.

Parmi les symptômes morbides de la 2e catégorie, on peut signaler le trouble de la marche, qui rappelle tout à fait celle de certains paralytiques généraux et une certaine diminution de l'intelligence ; la sensibilité demeure intacte, il y a même un peu d'hyperesthésie. J. B.

Contribution à l'étude des conditions dans lesquelles se produisent la commotion et la contusion cérébrales, par P. SUDRE (*Thèse de Bordeaux*, 1886).

Pourquoi à la suite d'un choc sur le crâne, se produit-il tantôt une commotion, tantôt une contusion? L'auteur expose la théorie de A. Bouchard (de Bordeaux).

Le liquide sous-arachnoïdien, soumis à toutes les lois physiques, transmet intégralement dans tous les sens, le choc communiqué par l'intermédiaire de la paroi crânienne. — Si un choc porte sur le crâne, au moment de l'ascension du liquide, les liquides intra-ventriculaire et circonférentiel seront soumis à la même pression, exagérée en aucun point, et dont l'influence se fera sentir sur tout le système : ce sera une commotion. — Au moment de la descente du liquide, la périphérie cérébrale ne sera plus garantie par la couche liquide : la surface des

hémisphères sera en contact direct avec la paroi, et le choc se transmettra directement au point correspondant d'une contusion. — Au moment de l'ascension du liquide, celui-ci quitte la cavité rachidienne : il doit donc exister à la limite de démarcation du liquide céphalique et du liquide rachidien, un point où la pression augmentant d'un côté et diminuant de l'autre s'équilibre et devient nulle : ce point correspond au bulbe, et c'est là que se produit la résultante de l'action de toutes les forces circonférentielles.

Malgré les conditions différentes d'hydrodynamique du sang et du liquide céphalo-rachidien chez le quadrupède et chez l'homme, l'auteur a institué des expériences desquelles il résulte, qu'un choc sur le crâne en période inspiratoire, produit des phénomènes (résolution des membres, arrêt de la respiration et circulation) indiquant que le choc est uniformément réparti sur toute la surface de l'encéphale, et caractérisent la commotion. — Un choc porté en période expiratoire, produit des convulsions, des cris, variables avec le point frappé, et indiquant une contusion du cerveau. MAUBRAC.

Ueber die Regeneration der glatten Muskeln (Sur la régénération des muscles lisses), par STILLING et PFITZNER (*Arch. für mikr. Anat., Band XXVIII, Heft* 4, 16 *pages*, 1 *pl.*).

Stilling et Pfitzner reprennent les recherches de Jakimowitsch, qui, sur certains amphibiens et mammifères, avait vu la régénération se faire aux dépens du noyau des anciennes fibres. Ils s'adressent au triton, chez qui la restauration des parties se fait facilement, et font à l'estomac de cet animal une plaie dont ils suivent la cicatrisation. Le tissu qui comble la plaie a d'abord l'aspect d'une cicatrice ordinaire ; on constate au microscope la dégénérescence des globules blancs qui faisaient partie du caillot que la plaie avait montré dès le début ; on observe une légère péritonite sur les bords de la plaie ; on trouve enfin de nombreuses figures karyokinétiques, appartenant aux cellules conjonctives, et indiquant que le tissu connectif se reproduit isogénétiquement.

La réparation musculaire peut être aisément suivie à l'œil nu. La musculature entourait d'abord la perte de substance qu'elle délimitait sur tout son ponrtour d'une façon régulière. Plus tard, cette limite nette se perd, les fibres musculaires s'avancent dans le tissu conjonctif qui remplit la perte de substance, irrégulièrement et plus ou moins loin. La perte de substance prend la forme d'une fente irrégulière, au niveau de laquelle les fibres musculaires viennent se terminer isolément. Les choses sont rétablies dans le statu quo ante, c'est-à-dire que la plaie musculaire est réparée par du tissu musculaire régulièrement et normalement disposé, au bout d'un an seulement.

Quel est le processus de cette régénération musculaire ? C'est la division cellulaire précédée de karyokinèse. Cette division indirecte se fait suivant le type classique. Elle ne présente donc que peu de particularités. Il faut seulement noter la persistance assez prolongée des nucléoles volumineux que le noyau présentait à l'état quiescent.

Un fait est relevé, chemin faisant : le ratatinement du noyau dans certaines fibres lisses ; la trame filamenteuse chromatique est rétractée et ses mailles diminuées par conséquent d'étendue. Pour Stilling et Pfitzner,

il s'agit là de noyaux appartenant à des cellules en voie de disparition. A. PRENANT.

Ueber den Stoffwechsel zwischen Frucht und Mutter (Des échanges nutritifs entre le fœtus et la mère), par V. OTT (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 1).

Ott a cherché à démontrer le mode de nutrition du fœtus, par le liquide amniotique; si le placenta sert d'intermédiaire aux éléments du sang maternel pour arriver dans le fœtus, on doit en modifiant la composition du sang maternel au point de vue de sa richesse aqueuse modifier en même temps la composition du sang fœtal. L'auteur a réalisé cette expérience sur des chiennes et des lapines. Retirant à la mère environ la moitié de son sang, et lui injectant une même quantité d'eau salée (6 0/0) il comparait l'état du sang des fœtus retirés avant l'expérience et de ceux qui étaient restés 2 ou 3 jours après dans le ventre de la mère : ces fœtus étaient toujours vivants et paraissaient n'avoir pas souffert. Le sang était absolument identique dans l'un et l'autre cas. En résumé à l'exception de l'oxygène on n'a encore pu démontrer le passage immédiat d'aucun des éléments normaux du sang maternel dans le fœtus.

Dans ces conditions l'auteur se rallie à la théorie de la nutrition du fœtus par le liquide amniotique. H. DE BRINON.

Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage des Ueberganges pathogener Mikroorganismen von Mutter auf Kind (Recherches sur la transmission des microbes pathogènes de la mère à l'enfant), par KRONER (*Breslauer ärztl. Zeitschr., n.* 11, *p.* 12, 1886).

Après un exposé de l'état de la question de la transmission des microorganismes de la mère au fœtus, Kroner résume ses expériences à ce sujet. — Il a fait usage des bactéries de la septicémie du chien et montre que la transmission au fœtus se fait par l'intermédiaire des vaisseaux du placenta.

Il a rencontré le passage des microbes de la mère au fœtus, dans 6 cas sur 8. LESAGE.

Toxicité des urines normales du lapin, par CHARRIN et ROGER (*C. R. de la Soc. de Biologie*, 18 *décembre* 1886).

Un lapin émet par kilogramme et par jour 61 centimètres cubes d'une urine qui renferme $0^{gr},526$ d'urée. Dans le même temps un kilogramme d'homme n'émet que 18 centimètres cubes d'urine et $0^{gr},46$ d'urée. Bouchard a montré que l'urine humaine injectée dans les veines d'un lapin tue en moyenne à la dose de 40 centimètres cubes par kilogramme; d'après les recherches des auteurs, l'urine de lapin est beaucoup plus toxique que celle de l'homme; un lapin succombe après avoir reçu en injection par kilogramme, 15 centimètres cubes environ d'urine de lapin.

En 24 heures un kilogramme de lapin élimine assez de poison pour intoxiquer 4 kilogrammes 184; c'est un chiffre neuf fois supérieur à celui que donne Bouchard pour l'urine humaine. La toxicité supérieure de l'urine des lapins tient au mode d'alimentation de cet animal qui ingère

et élimine chaque jour de grandes quantités de sels potassiques, sels très toxiques d'après les expériences de Bouchard.

Quand on débarrasse l'urine de lapin de ses sels potassiques le liquide n'est presque plus toxique. F. H.

Ueber den Einfluss venoser Stauung auf die Menge des Harns (Influence de la stase veineuse sur la quantité d'urine, par J. PANETH (*Arch. f. d. ges. Phys.*, *XXXIX*, *p.* 515).

La question a été fréquemment discutée. On trouvera l'historique au début de ce travail. Les expériences sont faites sur de gros chiens, immobilisés par le curare. On a noté quelquefois une inertie absolue de l'organe sécréteur contre laquelle l'injection veineuse de nitrate de potasse est, elle-même, restée sans effet. L'animal était narcotisé, les vagues coupés pour rendre la pression plus régulière : la canule manométrique placée dans la carotide. Les uretères étaient préparés et mis en rapport avec des tubes de verre qui déversaient l'urine dans des vases gradués de très petit diamètre.

Pour provoquer une stase veineuse dans le rein, on avait recours à la compression de la veine cave inférieure dans la cavité abdominale, au-dessus de l'orifice d'embouchure des veines rénales. Cette manœuvre devait être mesurée de manière à ne pas exercer d'action sensible sur la pression artérielle générale, mais seulement sur le cours du sang veineux. L'expérience a appris que ce résultat pouvait être atteint.

La première série d'expériences comprend les cas dans lesquels la compression de la veine cave était produite dans la cavité abdominale, au moyen d'un anneau de fil tendu par un poids convenable. — Dans la seconde série, la veine cave était comprimée de la même manière au-dessus du diaphragme, l'établissement de la ligature nécessitant alors une résection de deux ou trois côtes. Constamment, la stase veineuse ainsi produite dans le rein a eu pour conséquence une diminution de la sécrétion : elle est restée quelquefois sans effet lorsqu'elle était trop faible. Jamais elle n'a produit d'augmentation. La réaction est très sensible. L'effet ne saurait être attribué à une modification de la pression artérielle. Du reste, on a observé fréquemment que les modifications légères de la pression artérielle n'avaient que peu d'effets ou des effets opposés sur la quantité d'urine sécrétée. En procédant par une troisième méthode qui consistait dans l'introduction d'un cathéter dans la veine cave, on a constaté exceptionnellement et une seule fois, un résultat contraire aux précédents. Le fait bien établi de la diminution de sécrétion sous l'influence de la stase, ne saurait s'expliquer par une action mécanique. Il dépend vraisemblablement de la diminution de vitesse du courant sanguin, dans les corpuscules de Malpighi. Les diurétiques ramènent la sécrétion lorsqu'on les administre à un animal chez qui la stase veineuse est suffisante pour la supprimer. DASTRE.

La cataracte produite par la naphtaline, par BOUCHARD et CHARRIN (*Soc. de Biologie*, 18 *décembre* 1886).

Les expériences qui ont été poursuivies depuis la communication à l'Académie, ont montré que si la naphtaline était supprimée après l'ap-

parition de la cataracte, la lésion n'en continuait pas moins à marcher parallèlement sur les deux yeux. La dose administrée a été de 1gr,50 à 2 grammes par jour : c'est du 20e ou 25e jour que la cataracte commençait à apparaître.

Pourquoi la naphtaline, introduite par la voie digestive chez le lapin, produit-elle la cataracte? Les auteurs ne peuvent répondre que par une hypothèse : la naphtaline, introduite dans l'organisme se sulfo-conjugue; elle agirait chimiquement sur la globuline pour lui enlever une partie de son soufre de constitution et, par là, agirait sur la nutrition du cristallin. Il est vrai que le phénate de soude, l'acide phénique qui se sulfo-conjuguent dans l'économie n'ont pas donné les mêmes résultats; mais la toxicité considérable de ces corps n'a pas permis de les donner à doses suffisantes. Comme conséquences pratiques, les auteurs indiquent; la maturation artificielle de la cataracte, l'étude des moyens de nutrition du cristallin, les exercices d'ablation de cataracte sur les animaux, etc.

F. DE LAPERSONNE.

I. — Étude sur la nutrition de l'œil, d'après les expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline, par PANAS (*Acad. de médecine, séance du 8 février, et Arch. d'ophthalm., VII, n° 2, p. 97*).

II. — De la production artificielle de la cataracte par la naphtaline, par DOR (*Revue gén. d'ophtalm., VII, n° 1, janvier 1887.*)

I. — Lorsqu'on injecte de la fluorescéine dans la veine auriculaire postérieure d'un lapin, on voit, au bout d'une minute, le champ pupillaire coloré en vert par un courant vertical, ayant la forme de deux cônes à sommets opposés, allant à la rencontre l'un de l'autre : peu à peu les cônes, surtout le supérieur s'élargissant, la pupille, puis la chambre antérieure deviennent uniformément vertes. Le phénomène se reproduit identiquement le même après ponction de la cornée et évacuation de la chambre antérieure. La sécrétion de l'humeur aqueuse se fait donc derrière l'iris et paraît être sous la dépendance du feuillet rétinien qui tapisse les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris. La nutrition des organes profonds est différente. Avant d'aborder ses expériences avec la naphtaline, faites en collaboration avec M. Vassaux, Panas énumère les espaces nutritifs ou lymphatiques de l'œil, en particulier : 1° la cavité virtuelle à l'état physiologique, qui sépare les deux feuillets primitifs, distal et proximal, de la rétine : elle semble présider à la sécrétion du rouge rétinien, on pourrait la désigner sous le nom d'espace ventriculaire de la rétine ; 2° la cavité, également virtuelle, qui sépare la rétine du vitreum, s'étendant par le canal hyaloïdien jusqu'au cristallin, et offrant des liaisons anatomiques et physiologiques avec le parenchyme du nerf optique, forme l'espace rétinohyaloïdien. Ceci étant établi, voici les lésions produites par la naphtaline : apparition de cristaux chatoyants d'oxalate et de sulfate de chaux dans le vitreum, rappelant le synchisis étincelant, production de plaques blanches sur la rétine, leur réunion en ilots grisâtres à bords festonnés, tuméfaction et œdème de la papille, changement dans la réfraction du cristallin qui devient astigmate. La cataracte n'apparait que plus tard, il faut en conclure qu'elle est d'ordre vital et non chimique et doit être rattachée principalement aux lésions rétiniennes : les recher-

ches histologiques ont permis de contrôler l'action de la naphtaline à ses différents stades. La choroïde n'est prise que tardivement : quant au segment antérieur il reste étranger au processus et possède d'autres voies de nutrition. Par contre le courant pathologique désorganisateur, qui s'est substitué au courant physiologique réparateur, a suivi la voie du nerf optique vers l'intérieur de l'œil; dès le début il provoque une accumulation de liquide dans les deux espaces mentionnés plus haut, puis des altérations du vitreum, enfin des altérations du cristallin qui prouvent que la nutrition de cet organe est bien sous la dépendance de ce courant optico-rétinien : l'humeur aqueuse ne jouerait dans la vie du cristallin qu'un rôle de désassimilation ou de décharge du courant nutritif.

II. — Dor a repris les expériences de Bouchard, il en résulte pour lui que la première lésion apparente n'est pas la cataracte, mais la production de nombreuses taches blanches dans le fond de l'œil, elles sont formées par des amas de globules blancs et renfermant en outre des cristaux : ces nodosités se trouvent non seulement dans la rétine, mais surtout dans la choroïde et les viscères, elles sont dues soit à des embolies de globules blancs, soit à des foyers d'irritation locale. La cataracte est secondaire, elle apparait d'abord sous les couches périnucléolaires, puis successivement dans tout le cristallin. Dor n'a pas observé, comme Panas, du synchisis étincelant, il ne croit pas qu'on puisse conclure d'après les expériences par la naphtaline, que la nutrition du cristallin soit sous la dépendance de la rétine. Il considère la naphtaline comme un agent très dangereux, qui ne pourrait donc pas servir, comme le pensait Bouchard, à la maturation artificielle de la cataracte : la cataracte naphtalinique est un trouble nutritif dépendant de modifications dans la circulation intra-oculaire et par conséquent dans l'endosmose et l'exosmose du cristallin, comme cela a lieu dans le diabète et la cataracte phosphaturique. F. DE LAPERSONNE.

Staar durch Töne erzeugt (Cataractes provoquées par des sons), par Stan. v. STEIN (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1887).

L'auteur, en faisant des recherches pour vérifier l'hypothèse d'Helmholtz, à propos de la physiologie du limaçon, chercha à provoquer des altérations des filets nerveux par les vibrations d'un diapason, et à obtenir de la sorte un signe objectif durable et constatable au microscope. Le résultat fut la production d'une cataracte, que l'auteur espère pouvoir servir à démontrer la fonction de certaines parties de l'oreille.

Dix-huit cobayes, âgés de 4 jours à 5 semaines, furent enfermés dans des boîtes, et soumis à l'influence d'un diapason D à 100 vibrations chez le premier cobaye. Au bout de 3 à 4 heures, on note une forte dilatation de la pupille, réagissant difficilement à la lumière; après 12 heures, on voit au niveau de la face postérieure de la lentille une figure étoilée, dont les rayons, ayant l'aspect de plumes d'oiseau, sont dirigés vers l'équateur. Légère opacité généralisée à toute la lentille. Cet aspect dure environ 24 heures. Peu à peu, la partie centrale redevient transparente, l'opacité étoilée pâlit, puis ne tarde pas à disparaître. Au bout de 3 à 4 jours, toute opacité a disparu, malgré la continuité d'action du dia-

pason. Chez tous les autres cobayes, les choses se sont passées d'une façon à peu près analogue.

Les yeux énucléés ont montré tantôt une cataracte étoilée antérieure, tantôt une postérieure, d'autres fois une cataracte corticale postérieure, d'autres fois aussi, une combinaison de toutes ces formes.

L'auteur se réserve d'expérimenter sur des animaux adultes et avec des diapasons donnant 500, 1,000, etc., vibrations. De plus, les expériences citées ont toutes été faites à l'obscurité. Quels seront les résultats, quand on opérera à la lumière? L'auteur se réserve de publier dans la suite tous ces résultats. ROHMER.

I. — Expériences sur les effets des transfusions de sang dans la tête des animaux décapités, par G. HAYEM et G. BARRIER (*Compt. rend. acad. des sciences*, 31 *janvier* 1887).

II. — *Idem*, **par V. LABORDE** (*Ibidem*, 14 *février et* 14 *mars* 1887).

III. — *Idem*, **par HAYEM et BARRIER** (*Ibidem*, 28 *février et* 14 *mars* 1887).

I. — D'après des expériences faites sur le chien, dont la tête était détachée rapidement d'un seul coup à l'aide d'une sorte de guillotine, on peut conclure que l'extinction du sentiment et de la volonté est extrêmement rapide, sinon immédiate après la décapitation.

La vie consciente peut être entretenue après la décapitation, dans la tête séparée du tronc, à l'aide de l'injection immédiate de sang artériel emprunté à un animal soit de la même espèce, soit d'espèce différente. Mais si l'injection n'est pas presque immédiate elle ne fait renaître que des mouvements réflexes et ne réveille ni les sens ni la volonté. En d'autres termes, la vie consciente est liée à l'activité physiologique d'éléments délicats dont les manifestations fonctionnelles cessent rapidement après la décapitation et ne peuvent être réveillées dans des conditions où il est possible de faire réapparaître, à l'aide de sang oxygéné, certains actes physiologiques, automatiques ou réflexes, dépendant des centres situés dans le bulbe et la protubérance.

II. — A ce propos Laborde rappelle les expériences qu'il a faites sur des têtes de suppliciés, et notamment celle faite à Troyes, où il a pu opérer la transfusion sur la tête vingt minutes après la décapitation et où il a vu persister les phénomènes d'excitabilité cérébrale durant 50 minutes.

III. — La deuxième note de Hayem et Barrier a pour but de discuter la valeur de quelques-unes des conclusions formulées par Laborde, et de montrer que les recherches de ce dernier avaient laissé entière la question des effets produits par la reconstitution d'une circulation artificielle de sang oxygéné dans la tête des animaux décapités. Dans une troisième note les auteurs complètent leurs recherches et en tirent les conclusions suivantes :

Le temps, pendant lequel il est possible, après la décapitation, d'entretenir ou de faire réapparaître, à l'aide de la transfusion de sang artériel, l'activité des centres corticaux sensitivo-moteurs, est extrêmement court et environ de dix secondes; la faculté de reprendre une certaine activité sous l'influence de l'apport sanguin se perd dans les centres

encéphaliques de haut en bas, des couches corticales aux foyers bulbaires, et le noyau inférieur du facial est l'*ultimum moriens* de ces régions ; à partir de 12 minutes après la décollation aucun des centres encéphalo-médullaires ne répond plus à l'excitation produite par la reconstitution d'une active circulation de sang oxygéné. M. DUVAL.

I. — Mittheilungen ueber einige neue pathogene Schimmelpize (Communications sur quelques nouveaux champignons de moisissures pathogènes), par LINDT (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, *Band XXI*, *Heft* 4, *p.* 269).

II. — Versuche über Abschwachung pathogener Schimmelpilze (Recherches sur l'atténuation des moisissures pathogènes), par O. ZIEGENHORN (*Ibidem*, *Band XXI*, *Heft* 4, *p.* 249).

I. — L'auteur donne une description détaillée de deux nouvelles mucorinées, qui ont été découvertes dans les circonstances suivantes. Le laboratoire de Lichtheim ayant été installé dans les nouveaux bâtiments de l'hôpital de Berne, on plaça dans le four à incubation des fragments de pain blanc humectés, dans le but de reproduire des cultures du *mucor corymbifer* et du *mucor rhizopodiformis*, sur lesquels une première série de recherches avaient été faites dans l'ancien local du laboratoire. Or, il fut impossible d'obtenir de nouvelles cultures du *mucor rhizopodiformis*. Les moisissures qui se formaient à la surface des croûtes de pain étaient formées par le *mucor corymbifer* et par deux espèces de mucorinées, non encore signalées jusqu'ici, que l'auteur désigne sous les noms de *mucor pusillus* et *mucor ramosus*. Les principaux caractères de ces deux nouvelles espèces sont les suivants :

a) *Mucor pusillus*. Mycéliums d'un blanc neigeux d'abord, passant plus tard au gris (poils de souris), très peu élevés, d'un aspect velouté; sporangophores ayant tout au plus 1 millimètre de hauteur, à ramifications simples, supportant des sporanges noirâtres, sphéroïdes, avec membrane munie de piquants; columelle nettement délimitée du côté de la sporange, en forme d'œuf ou de sphère ; spores incolores, lisses.

b) *Mucor ramosus*. Mycéliums d'un blanc neigeux, à filaments plus grêles que ceux du *mucor pusillus*. Contrairement à ce qui a lieu pour ce dernier, les mycéliums aérifères deviennent très nombreux au moment où se forme la sporange ; ces mycéliums aérifères sont plus longs, plus fermes et plus nombreux que pour le *mucor pusillus;* leur hauteur atteint jusqu'à 3 et 6 millimètres. Les sporangophores atteignent une longueur qui peut aller jusqu'à 2 centimètres; leur direction est arquée; ils émettent des rameaux multiples, d'où la qualification de *ramosus*. Les sporanges, de dimensions variables, pyriformes, reposent sur une sorte d'entonnoir formé par l'extrémité du sporangophore. A l'état de maturité, elles ont souvent un aspect granuleux, dû à ce qu'on aperçoit les sporules par transparence à travers la membrane d'enveloppe. A l'œil nu, les sporanges ne sont visibles que dans les cultures bien tenues ; elles forment de petits points noirs grisâtres, auxquels la culture est redevable de sa teinte d'un gris clair. La columelle ne devient habituellement visible qu'après rupture de la sporange; elle est arrondie à son sommet et ne présente qu'exceptionnellement la forme d'une massue effilée, comme pour le *mucor corymbifer*. Les spores sont incolores, ova-

laires, mesurant de 3 à 4 μ de diamètre dans le sens de la largeur, 5 à 6 μ dans le sens de la longueur, pourvues d'une membrane lisse.

En somme, les analogies sont grandes entre ce *mucor ramosus* et le *mucor corymbifer;* les différences portent presque exclusivement sur les dimensions et la forme des spores. Ces différences se sont retrouvées dans toutes les cultures obtenues par Lindt en ensemençant ces deux champignons, dont il maintient par suite la dualité.

L'auteur rend compte ensuite des résultats des inoculations pratiquées sur des lapins avec les échantillons de cultures pures du *mucor pusillus* et du *mucor ramosus*. Ce dernier manifeste une action délétère plus marquée que le premier; à part cela, les accidents et les lésions engendrées par ces deux mucorinées sont, à peu de chose près, les mêmes. A l'autopsie des animaux qui ont subi ces inoculations, on a trouvé : une tuméfaction considérable des reins qui étaient parsemés de foyers formés par des colonies parasitaires, des fausses membranes sur la face interne des bassinets, une tuméfaction des ganglions mésentériques et des plaques de Peyer, de l'albumine dans les urines. A la suite des injections de *mucor ramosus*, non seulement les lésions étaient plus accusées, mais elles affectaient, en outre, un caractère hémorragique très net.

Lindt décrit ensuite une nouvelle variété d'*aspergillus* qui a été découverte accidentellement dans le laboratoire de Lichtheim, à Berne, et qui, à en juger par ses caractères botaniques, paraît n'être autre que l'*aspergillus nidulans* décrit récemment par Eidam sous le nom de *sterigmatocystis nidulans*. Les expériences d'inoculation faites avec des cultures de ce champignon ont démontré que les spores en suspension dans le liquide inoculé à un animal sont éliminées, en grande partie, sans avoir germé; que, pour développer une mycose mortelle, il faut injecter dans les vaisseaux de l'animal en expérience un liquide très riche en conidées; autrement, on n'aboutit qu'à faire apparaître des foyers parasitaires en petit nombre dans les reins; l'animal reste en bonne santé, ou devient en proie à la longue à un amaigrissement progressif.

II. — Ziegenhorn, mettant à profit les résultats des recherches de Pasteur, Toussaint, Chauveau, etc., sur l'atténuation des virus, a institué des expériences dans le but de s'enquérir si les moisissures des espèces *aspergillus fumigatus* et *mucor rhizopodiformis* perdaient de leur puissance pathogène par le fait de l'exposition à une température élevée : exposition de très courte durée à une température très voisine de celle à laquelle ces moisissures sont frappées de mort; exposition prolongée à une température moins élevée, à laquelle les moisissures susnommées ne poursuivent leur développement qu'avec une extrême lenteur. Résultat négatif dans les deux cas, en ce sens que l'activité pathogène des moisissures se maintenait intacte. E. RICKLIN.

Experimentelle Untersuchungen über Kohlenstaubinhalationen (Recherches expérimentales sur les inhalations de poussière de charbon), par KORN (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XXII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 26).

Les expériences de Korn ont consisté à faire respirer des lapins dans une atmosphère chargée de poussière de charbon, et à faire périr ensuite les animaux de mort violente, pour étudier le mode de pénétration des particules de charbon dans le parenchyme pulmonaire. Les lapins utilisés

pour ces expériences avaient, les uns, leurs poumons en état de parfaite intégrité, tandis que les autres avaient été préalablement soumis à des injections intra-bronchiques de matières phlogogènes (essence de térébenthine rectifiée, matière tuberculeuse provenant d'animaux qui avaient succombé à la pommelière).

Les résultats obtenus montrent que, chez les lapins dont les poumons sont sains, une petite quantité seulement de poussière de charbon est aspirée jusque dans les alvéoles pulmonaires. La quantité de poussière qui pénètre dans les alvéoles augmente, lorsque les animaux sont mis dans la nécessité de faire des inspirations forcées : ainsi quand on leur sangle la base du thorax et l'abdomen avec une bande de caoutchouc.

Chez les lapins dont les poumons sont malades, les parties du parenchyme pulmonaire restées saines sont le siège d'une infiltration très prononcée par les particules de charbon, tandis que, dans les parties qui sont le siège des lésions inflammatoires ou tuberculeuses, cette infiltration est à peu près nulle, quelle que soit d'ailleurs la nature des lésions.

E. RICKLIN.

Einige Beobachtungen über die Milzbrandbacillen (Quelques observations sur les bacilles du charbon), par DRYMONT (*Archiv für experiment. Pathologie Band XXI, Heft* 4, *p.* 309).

Les recherches de Drymont ont eu pour objet de nous éclairer sur la constitution chimique des bacilles du charbon. De la gélatine-peptone, au bouillon de viande préparé suivant les indications de Koch, et préalablement stérilisée, était ensemencée avec des spores charbonneuses d'une quatrième génération; le tout enfermé dans un ballon de verre de 500 centimètres cubes de capacité était maintenu, dans un four à incubation, à la température de 32 à 35°, pendant un espace de temps variable de 1 à 2 mois. On pouvait ainsi s'assurer facilement de la pureté des cultures. Celles-ci étaient versées ensuite sur un morceau de toile fine. Le dépôt qui se formait sur la toile était enlevé avec une spatule en platine, placé sur un filtre, et lavé à l'eau distillée, jusqu'à ce que le liquide qui passait devînt parfaitement limpide. Le résidu de cette seconde filtration était précipité dans un verre à l'aide d'un jet d'eau de 50 à 60 centimètres cubes. En ajoutant au liquide de 4 à 8 gouttes d'acide chlorhydrique, les spores se pelotonnent sous forme d'un dépôt blanchâtre, nuageux. Au contraire, les bacilles sont transformés en une masse mucilagineuse se laissant étirer en fils; il faut les exposer au bain-marie à une température de 30°, pour qu'ils se prennent en flocons blanchâtres. Ces flocons, spores ou bacilles, étaient isolés par voie de filtration, lavés à l'eau distillée, abandonnés sur du papier de soie jusqu'à ce que leur consistance fût devenue pâteuse. On les recueillait ensuite dans des soucoupes en porcelaine pour les chauffer d'abord au bain-marie, puis dans une étuve jusqu'à 110°, puis on procédait à leur analyse élémentaire, dont voici les résultats :

Spores : Azote, 12,44 0/0; matière albuminoïde contenue dans les spores dépouillées de leur matière grasse, 77,75. Reste donc 22,25 de mucus et autres matières non azotées.

Bacilles : Azote, 6,8 0/0; matière albuminoïde, 42,5 0/0.

D'où il résulte que les spores et les bacilles du charbon présentent

d'assez notables différences dans leur constitution chimique. La masse constituante des bacilles renferme, en proportion beaucoup plus grande que celle des spores, des matériaux non azotés. Il faut donc admettre que ceux-ci prennent naissance au moment où les spores s'étirent en longs filaments, tandis que la matière albuminoïde (*anthraxprotéine*) se forme principalement au moment de la production des spores. A ce point de vue, les bacilles anaérobies du charbon peuvent être comparés aux champignons de moisissures ; les longs filaments des premiers correspondent aux mycéliums des seconds.

Les différences notées dans l'action de l'acide chlorhydrique sur les spores et les bacilles du charbon ont suggéré à l'auteur l'idée de rechercher l'influence que cet acide exerce sur l'activité pathogène de ces micro-organismes. Il a constaté que si un flocon de matière bacillaire est injecté dans les vaisseaux d'un lapin, après un séjour préalable dans 20 centimètres cubes d'une solution d'acide chlorhydrique à 0,25 0/0, l'animal succombe au bout de quelques heures ; que la mort survient beaucoup plus tardivement lorsque la matière inoculée a séjourné dans une solution d'acide à 0,50 0/0, et qu'en employant une solution à 1 0/0, l'inoculation ne produit plus aucune action délétère. Les spores opposent une résistance beaucoup plus grande à l'acide chlorhydrique ; le séjour, pendant vingt-quatre heures, dans une solution d'acide à 2 0/0, ne tue pas leur activité pathogène.

Dyrmont a fait encore des expériences destinées à nous éclairer sur la question de savoir si les bacilles du charbon sont doués de l'aptitude à opérer la fermentation lactique aux dépens des hydrocarbures (sucre de raisin). Les résultats obtenus l'ont conduit à conclure par la négative.

Enfin, incidemment, l'auteur s'est occupé de la constitution chimique de l'anthraxprotéine, matière albuminoïde isolée par Nencki des bacilles du charbon. Les résultats des analyses de Dyrmont confirment ce qu'avait dit Nencki de la différence de constitution chimique de l'anthraxprotéine (16,2 0/0 d'azote) et de la microprotéine (14,75 0/0 d'azote), matière albuminoïde qui entre dans la constitution des bactéries de la putréfaction. E. RICKLIN.

Heilung von Infectionskrankheiten : Vernichtung von Milzbrandbacillen im Organismus (Destruction de la bactéridie charbonneuse dans l'organisme par le microcoque de l'érysipèle), par EMMERICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 874, 13 *décembre* 1886).

Emmerich avait remarqué que les cobayes infectés par des cultures pures du microcoque érysipélateux résistaient aux injections pratiquées avec différentes espèces de bactéries pathogènes et qu'à l'autopsie de ces animaux, leurs organes ne contenaient que les micro-organismes de l'érysipèle.

Cette observation, due au hasard, fut le point de départ d'expériences d'inoculation du charbon et de l'érysipèle, faites les unes simultanément, les autres en laissant un intervalle entre les deux inoculations de virus divers.

Les inoculations d'érysipèle et consécutivement de charbon donnèrent les mêmes résultats favorables que les inoculations simultanées de l'une et de l'autre affection. En revanche, les résultats furent défavorables

quand on attendait le développement de l'infection charbonneuse avant d'injecter sous la peau les microcoques de l'érysipèle.

Emmerich pense que l'irritation des cellules de l'organisme, produite par les micro-organismes de l'érysipèle, détruit les bactéridies. J. B.

Nouveau bacille de l'intestin des cholériques, par von SCHRÖN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 874, 13 *décembre* 1886).

Depuis deux ans, Von Schrön poursuit l'étude des phases de développement d'un bacille qu'il a trouvé dans l'intestin des cholériques et qu'il a réussi à cultiver. Ce bacille se transforme en un élément utriculaire rempli, suivant la période, de microcoques ou de très petits bacilles qui présentent des mouvements d'une vivacité extrême, dès qu'on les met en contact avec l'air et qu'on les additionne d'un liquide analogue au sérum sanguin : on voit alors les utricules contractiles exprimer leur contenu. Le nouveau bacille de Von Schrön offre certains points de ressemblance avec le bacille en virgule de Koch, mais il est beaucoup plus abondant. Ce micro-organisme recherche, pour se développer, une substance collagène (tissu conjonctif).

On retrouve en très grande quantité, dans les espaces lymphatiques périvasculaires du système nerveux central, dans les reins, le foie et les poumons, des microcoques ayant la plus grande ressemblance avec ceux qui sortent des utricules. J. B.

De l'action des solutions faibles de chlorure de sodium sur le sang dans la fièvre récurrente, par M. YANOVSKI (*Iégén. klin. Gazeta*, *n.* 32 *et* 33, 1886).

On sait que les solutions plus ou moins faibles de chlorure de sodium ont la propriété de dissoudre les globules rouges du sang. Yanovski a cherché à déterminer le degré de résistance des hématies à l'action de ces solutions chez des individus sains et affectés de différentes maladies, surtout de fièvre récurrente. Il a vu ainsi que les accès récurrents augmentent toujours la résistance du sang et que cette résistance diminue dans les périodes apyrétiques, la convalescence, la guérison. Cette règle s'applique aussi aux autres maladies infectieuses, à en juger d'après les cas de fièvre typhoïde, de typhus pétéchial et de pneumonie croupale, étudiés par l'auteur au même point de vue, ainsi que d'après les expériences faites sur des chiens, infectés par injections sous-cutanées de liquides septiques. Dans les cas bien tranchés, on peut se passer de microscope, l'état de la résistance du sang étant parfaitement appréciable à l'œil nu : quand la résistance est grande, le mélange d'une partie de sang avec 400 parties de la solution à 0,4 0/0 de chlorure de sodium paraît opaque, grâce à la présence de nombreuses hématies ; si la résistance est faible, le mélange devient transparent, car la plupart des globules rouges se détruisent et n'interceptent plus les rayons lumineux. Ainsi, dans un cas de fièvre récurrente, le sang était opaque pendant l'accès et son indice de résistance était de 74, tandis que le lendemain de la crise le sang était transparent et avait un indice de résistance égal à 7. L'auteur pense que sous l'influence de la fièvre les jeunes hématies naissent difficilement, tandis que les vieux globules meurent plus vite que de coutume. Il se forme ainsi une accumulation d'hématies d'un certain âge, douées de grande résistance, se laissant difficilement entamer

par les solutions de chlorure de sodium. On observe le contraire dans les riodes de convalescence quand la régénération des tissus se fait avec une grande énergie. Sous ce rapport, la convalescence a beaucoup d'analogie avec la croissance, et il serait intéressant d'étudier les modifications de la résistance du sang chez les enfants. W. HOLSTEIN.

Neue Versuche mit Injection von Bakterien in die Venen (Nouvelles recherches sur les 'injections de bactéries dans les veines), par FODOR (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 36, *p.* 617, 1886).

L'auteur a injecté dans les veines de lapins des bacilles de fièvre typhoïde et constaté que ces bacilles ne persistent dans le sang que pendant un temps très court. Les animaux inoculés ont de la diarrhée, une vive irritation intestinale, et présentent le gonflement de la rate et les lésions des plaques de Peyer qui caractérisent la fièvre typhoïde.

Les bacilles du charbon injectés dans le sang d'un lapin disparaissent complètement en 4 heures; on les y retrouve au bout de 20, 24 ou 44 heures et alors l'animal succombe rapidement. Pendant la période où les bacilles font défaut dans le sang, ce liquide est impropre à la fertilisation de la gélatine et à l'infection d'autres animaux; il ne contient donc pas, à ce moment, le poison charbonneux; et pourtant les viscères sont déjà infectés par les bactéries. L. GALLIARD.

Ueber experimentell erzeugte Endocarditis, par RIBBERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 450, 5 *juillet* 1886).

Contrairement à Wyssokowitsch (*R. S. M.*, XXVIII, 131), Ribbert a provoqué le développement d'une endocardite chez les lapins, en leur injectant simplement dans la circulation le staphylocoque doré, et sans déterminer simultanément une lésion de valvules. Il a injecté dans la veine auriculaire de ces animaux une émulsion provenant du raclage de pommes de terre sur lesquelles il avait cultivé le micro-organisme. Au bout de 24 heures, on pouvait déjà constater l'existence des végétations cryptogamiques sur les valvules tricuspide et mitrale. J. B.

Présence du microbe de la pneumonie dans la bouche de sujets sains, par NETTER (*Bulletin méd.*, 1er *mai* 1887).

Netter confirme les recherches de Pasteur, sur la présence dans la salive d'un microbe, que Sternberg et Frænkel ont reconnu similaire au microcoque de la pneumonie. Sept lapins inoculés avec sa salive sont morts en peu de jours avec les signes caractéristiques de la septicémie salivaire de Pasteur (*R. S. M.*, XXVIII, 455). D'après ses recherches, les observations de Sternberg et Frænkel sont exactes; ce microbe est le microcoque de la pneumonie. Mais il n'existe pas dans toutes les salives normales et de plus sa présence dans la salive d'un sujet sain n'est pas constante. La même salive injectée à diverses époques à des animaux ne détermine pas invariablement la septicémie salivaire. Le microbe a-t-il disparu ou est-il devenu inactif? Netter penche pour la seconde hypothèse. A. C.

Sur la transmission des maladies infectieuses par l'air expiré ; détermination expérimentale du rôle de l'air expiré dans la contagion du charbon et de la clavelée, par CADÉAC et MALET (*Lyon méd.*, 3 *avril* 1887).

En faisant respirer simultanément, dans un même récipient, des animaux sains et malades, en analysant histologiquement l'eau obtenue par condensation de la vapeur, en l'inoculant, Cadéac et Malet n'ont eu aucun fait de transmission de fièvre charbonneuse.

Avec la clavelée, les résultats ont été également négatifs. L'air expiré par des animaux charbonneux ou claveleux n'est pas virulent. A. C.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Ueber die Anwendung von Arzneimitteln bei Stillenden und den Einfluss der Milch auf den Säugling (De l'emploi des médicaments chez les nourrices et de l'influence du lait sur le nourrisson), par H. FEHLING (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

Les expériences de Fehling ont porté sur les médicaments suivants : Le salicylate de soude ; administré par la bouche à la dose de 1 à 3 grammes, ne se trouve que rarement dans le lait, mais constamment dans l'urine de l'enfant et pendant un temps qui varie depuis une heure après l'administration du médicament jusqu'à 24 heures. L'analyse quantitative de salicylate de soude contenu dans le lait de la mère a donné à Strumpf une proportion de 0,0089 à 0,0046 0/0. L'auteur n'a pu contrôler cette analyse.

L'iodure de potassium se retrouve constamment dans le lait de la mère et dans les urines de la mère et de l'enfant. L'élimination paraît être plus lente chez l'enfant (72 heures) que chez la mère (44 heures), elle est aussi plus lente chez l'enfant que celle du salicylate.

Le ferrocyanure de potassium à la dose de 1 gramme, 3 grammes en trois fois, 6 grammes en trois fois, a été retrouvé dans l'urine de la mère, jamais dans l'urine de l'enfant.

L'iodoforme employé en pansement chez la mère se retrouve à l'état d'iode, presque constamment, dans le lait et l'urine de la mère, souvent aussi mais non toujours dans l'urine de l'enfant (du 3e au 4e jour).

Dans aucun cas, l'emploi de ces médicaments n'a paru avoir d'influence fâcheuse sur l'enfant.

Le mercure. Dans des expériences faites sur les animaux, l'auteur a constaté quelquefois le passage dans le lait. Le passage au nourrisson par l'intermédiaire du lait paraît être très faible et très irrégulier.

Pour se rendre compte de l'influence des aliments acides, l'auteur a administré l'acide citrique en solution à 2/180 à la dose de 3 grammes en quatre jours ; l'acide chlorhydrique en solution à 2/180 ; l'acide acétique en solution à 5/180 à la dose de 7gr,5 en quatre jours. On n'a constaté, dans aucun cas, ni modification dans la réaction du lait, ni trouble

dans la santé de l'enfant : l'auteur conclut que l'usage de la salade ne doit pas être interdit aux nourrices.

Narcotiques : la teinture d'opium à la dose de 25 gouttes n'a paru exercer aucune influence sur le sommeil de l'enfant, ni sur l'intestin (pas de constipation).

La morphine en injections sous-cutanées à doses variant de 0,008 à 0,002 a paru dans la plupart des cas sans influence sur les enfants : on a observé parfois un sommeil prolongé de 4 à 5 heures ; chez la mère, la durée du sommeil narcotique n'a pas dépassé 1 à 2 heures.

Le chloral paraît avoir dans quelques cas influencé l'enfant. Les mères ont pu absorber sans inconvénient des doses variant de 1gr,5 à 3 grammes et jusqu'à 4 grammes en deux fois par jour. Les enfants n'ont présenté ni sommeil persistant, ni trouble digestif, ni ictère lorsqu'un intervalle de 1 heure et demie à 2 heures séparait la tetée de l'administration du médicament. Mais, dans le cas ou la tetée était plus rapprochée (3/4 d'heure par exemple), il y a eu de l'agitation chez l'enfant ou prolongation du sommeil. Il y a donc lieu d'observer certaines précautions, surtout lorsque les enfants sont faibles.

L'atropine à la dose de 0,001 à 0,005 milligrammes n'a produit aucun trouble chez l'enfant ; mais la dilatation pupillaire a été constatée dans tous les cas : elle persistait encore au bout de 24 heures.

Au point de vue de l'influence de la fièvre sur l'allaitement, l'auteur est d'avis qu'il faut continuer l'allaitement malgré la fièvre, sauf certaines contre-médications, érysipèle, scarlatine, etc. De 1879 à 1884 sur 389 accouchées non fébricitantes, il y a eu 1,3 0/0 de décès d'enfants et sur 197 fébricitantes (plus de 38° dans l'aisselle), il n'y a eu que 0,3 0/0 : les décès d'enfants paraissent donc avoir été plus nombreux chez les non fébricitantes ; ce qui tient à quelques cas d'érysipèle survenus chez les enfants sans maladie de la mère.

La proportion des primipares capable de nourrir est plus élevée que celle des multipares (27, 7 0/0 et 21, 1 0/0 moyennes de 6 années). La perte d'enfants est plus faible chez les primipares (0,9 0/0) que chez les multipares (1,09 0/0).

L'auteur a repris les recherches d'Hillebrand (*R. S. M.*, XXVII, p. 589) sur la différence que présenteraient les primipares et les multipares au point de vue de l'élimination de l'iodure de potassium par le lait ; il paraît résulter de ses expériences que la différence constatée par Hillebrand n'existe pas, lorsqu'on se met dans des conditions identiques au point de vue du poids et de l'âge des enfants. H. DE BRINON.

Uber die therapeutiche Anwendung des Spartenum sulfuricum (De l'emploi thérapeutique du sulfate de spartéine), par H. LEO (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XII, p.* 143-153).

1° Sur l'homme sain, le sulfate de spartéine ne produit qu'une très légère augmentation de la diurése. Dans une expérience, une dose de 0gr,50 de sulfate de spartéine prise en cinq fois dans la journée fit monter l'urine à 1,355 centimètres cubes au lieu de 1,200, chiffre moyen des trois jours précédents. Avec 1 gramme administré le lendemain, on n'obtint que 1,380 centimètres cubes d'urine.

Le pouls ne semble modifié sous aucun rapport. La pression artérielle

est également très peu influencée. De $8^{m},65$ avant l'administration de $0^{gr},60$ du médicament, elle ne devint après que de 8,68.

2° Sur 24 malades atteints d'affections diverses du cœur, 7 ne ressentirent aucun effet du médicament, 8 furent plutôt aggravés, 9 seulement éprouvèrent une amélioration. Celle-ci coïncida presque toujours avec une augmentation de la diurèse. La spartéine produisit cette augmentation dans plusieurs cas où la digitale avait échoué. Dans ces cas où l'administration de la spartéine suivait immédiatement celle de la digitale, on peut se demander s'il n'y avait pas action associée des deux médicaments. Cette hypothèse serait intéressante à vérifier.

Chez cinq des malades améliorés, on nota la disparition des palpitations et de la douleur précordiale. Chez un seul, il y eut régularisation partielle de l'arythmie du pouls. Dans tous ces cas, la spartéine agissait-elle sur le cœur comme tonique ou comme narcotique ? Leo comparerait plus volontiers son action à celle de l'iodure de potassium.

Son action sur la diurèse ne peut s'expliquer comme celle de la digitale par une augmentation de la pression artérielle. Leo croit à une action directe sur l'épithélium rénal.

Dans aucun cas, bien que les doses aient parfois atteint 3 grammes, il n'y eut de phénomènes d'intoxication. M. DEBOVE.

Note sur l'action physiologique du chlorhydrate d'hyoscine, par GLEY et RONDEAU (*Soc. biol.*, 29 *janvier* 1887).

Une seule goutte d'une solution au 1/100e instillée dans un œil détermine chez l'homme, au bout de huit à dix minutes, une paralysie de l'accommodation qui a duré près de cinq jours chez les deux sujets sur lesquels l'essai a été fait. L'hyoscine, d'après les expériences sur le chien, paraît beaucoup moins toxique que l'atropine.

L'hyoscine est donc un mydriatique puissant, dont l'action se prolonge plus longtemps que celle de l'atropine et dont l'usage peut être conseillé dans la thérapeutique oculaire. C. WALTHER.

Recherches sur la toxicité de la colchicine, par A. MAIRET et COMBEMALE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 14 *février* 1887).

Recherches sur le mode d'action thérapeutique de la colchicine, par LES MÊMES (*Ibidem*, 21 *février* 1887).

La colchicine se comporte comme un poison irritant, pouvant porter son action du côté de tous les organes, mais avec prédominance du côté du tube digestif et des reins. Cette action toxique se produit plus rapidement par la voie hypodermique que par la voie stomacale. La colchicine s'élimine par divers émonctoires et en particulier par l'urine ; mais cette élimination est faible, et on peut amener en cinq jours la mort par la répétition de doses non toxiques et relativement faibles. La colchicine congestionne les extrémités articulaires et la moelle osseuse.

Recherchant alors le mode d'action de cette substance administrée à dose thérapeutique, les auteurs arrivent à cette conclusion que la colchicine agit, suivant la dose, soit comme diurétique, soit comme purgatif, toujours par effet congestif et irritatif sur les reins et le tube digestif. Plus rapide par l'administration hypodermique, cette action s'accompagne d'une augmentation d'excrétion d'acide urique ; mais l'ac-

cumulation de cette substance dans l'économie et sa grande toxicité doivent rendre prudent dans son emploi. M. DUVAL.

Herzmuskel und Atropin (Action de l'atropine sur le muscle cardiaque), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Anat. u. Physiologie, p.* 266, 1886).

Langendorff admet que l'atropine augmente l'excitabilité du muscle cardiaque, et agit même sur lui comme excitant direct (sans préjudice de son action paralysante sur les terminaisons intracardiaques du pneumogastrique). La pointe du cœur de grenouille, isolé d'après le procédé de Bernstein, peut se mettre à battre sous l'influence de l'empoisonnement par l'atropine. De légères excitations y provoquent des séries entières de pulsations. Résultats analogues à ceux obtenus par Dastre et Morat (1878). L. F.

Note sur l'action physiologique de la momordica bucha, par DUPRAT (*Soc. biol.*, 5 *mars* 1887).

De l'ensemble des expériences faites par l'auteur, il résulte que la momordica bucha agit comme irritant local en produisant des vomissements et de la diarrhée ou seulement de la diarrhée selon la dose et la voie par laquelle elle est administrée, c'est-à-dire stomacale ou rectale. Ce médicament peut à haute dose amener la mort; il s'ensuit que l'usage empirique de cette substance doit être rejeté; mais qu'employée avec prudence par les médecins, elle peut rendre des services et prendre place à côté des autres purgatifs. C. WALTHER.

Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du méthylal, par A. MAIRET et COMBEMALE (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 24 *janvier et* 4 *avril* 1887).

Le méthylal, acétal obtenu par l'action de la potasse sur le formethylal, donne lieu, à des doses élevées, à des phénomènes toxiques divers, parmi lesquels dominent les troubles paralytiques et le sommeil. A des doses faibles, le sommeil est le seul symptôme observé. Le méthylal est un hypnotique qui, à en juger par la rapidité de son élimination, par l'absence ou le peu de trouble au réveil, ne s'accumule pas dans l'économie, et dont le degré de toxicité est faible, puisqu'il faut presque décupler la dose pour produire une intoxication vraie. Aussi a-t-on obtenu de précieux résultats de l'effet hypnotique du méthylal sinon dans la folie alcoolique, du moins dans les insomnies liées à la démence simple, à la démence paralytique, etc.; mais l'accoutumance se produit assez rapidement, en cinq ou six jours, et il faut cesser le médicament pendant deux à trois jours pour rendre au système nerveux toute sa sensibilité à l'égard de cet hypnotique. M. DUVAL.

The action and therapeutical value of vegetable astringents, par Ralph STOCKMAN (*Brit. med. j. p.*, 1077, *décembre* 1886).

Voici, en substance, le résumé des expériences de Stockman sur le tanin et ses dérivés :

1° Les acides tannique et gallique sont éliminés principalement par l'intestin, accessoirement par le rein, jamais par les autres émonctoires.

L'acide tannique, ingéré par l'estomac, s'élimine sous forme d'acide gallique en majeure partie; quand au contraire on le fait prendre sous

forme de tannate de soude, il se retrouve en grande quantité sous forme d'acide tannique dans l'urine. Presque jamais on ne constate la présence d'acide pyrogallique;

2° La quantité d'urine excrétée varie fort peu, quelle que soit la dose de tanin ingérée;

3° L'acide gallique exerce sur les vaisseaux une action vaso-dilatatrice; sous forme de gallate de soude, il n'agit point sur la circulation vasculaire. Il en est de même du tanin à faible dose : à haute dose, il précipite les albuminoïdes et fait contracter les petits vaisseaux;

4° La conclusion thérapeutique de ces faits, est que le tanin comme l'acide gallique, a peu de chances de diminuer l'albuminurie, au cours des néphrites chroniques. H. R.

Ueber die specifische Wirkung des Menthols auf die Temperatur-Nerven (Action spécifique du menthol sur les nerfs du sens thermique), par GOLDSCHEIDER (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abth. p.* 555, 1886).

La sensation de froid que produit l'application de menthol sur la peau (crayon de migraine sur le front) ou la langue ne dépend pas de l'évaporation du menthol, mais doit être rapportée à une action spécifique (chimique sans aucun doute) du menthol sur les organes terminaux du sens du froid. Le menthol produit une hyperesthésie des nerfs du froid. Il y a, sous ce rapport, antagonisme physiologique entre le menthol et le phénol. Une friction cutanée, pratiquée au moyen d'une solution de phénol à 5 0/0 rend la peau insensible aux excitants thermiques. L'application du menthol peut ensuite faire reparaître cette sensibilité. Par contre, l'insensibilité, produite par injection sous-cutanée de cocaïne, ne peut être combattue par l'application de menthol. Au stade d'excitation, peut succéder un stade de paralysie.

Le menthol agit aussi, mais plus faiblement, sur les nerfs du chaud et sur les nerfs de la sensibilité tactile proprement dite. LÉON FREDERICQ.

De l'hydroquinone, recherches cliniques et expérimentales, par G. SILVESTRINI et Z. PICCHINI (*Il Morgagni, octobre* 1886, *janvier et mars* 1887).

L'hydroquinone est un antipyrétique puissant; son action est prompte, efficace, mais courte, d'autant plus marquée que la température morbide est plus élevée et qu'on l'administre à un moment où, par suite de la marche naturelle de la maladie, la température tend à s'abaisser. Son action est très marquée dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme, l'érysipèle, beaucoup moindre dans la tuberculose et la pneumonie, presque nulle dans la malaria. Non seulement elle abaisse la température, mais encore agit sur le pouls, la respiration, l'élimination de l'urée, la diaphorèse et la pression artérielle qu'elle régularise. Son action est plus marquée chez le fébricitant que chez l'homme sain et l'animal rendu fébrile que chez l'animal sain. Elle agit mieux à doses modérées (30 à 50 centigrammes d'heure en heure chez l'adulte) qu'à doses plus fortes. Les troubles gastro-intestinaux, en retardant l'absorption, peuvent empêcher les effets du médicament. Les troubles gastro-intestinaux ne sont pas aggravés par l'hydroquinone qui possède une action antifermentescible et antidiarrhéique très utile dans le traitement de la fièvre typhoïde. L'élimination se fait rapidement par les urines sous la forme de

quinhydrone, qui leur donne une couleur vert olive foncé. Chez les animaux auxquels on a sectionné la moelle épinière, l'abaissement de température produit par l'hydroquinone est plus marqué sur les régions qui ont été influencées par cette lésion.

L'hydroquinone agit probablement sur le système nerveux central, et particulièrement sur les centres régulateurs de la chaleur, pour régulariser leur action. Son action régulatrice s'exerce sur la production de la chaleur et non sur sa diffusion. GEORGES THIBIERGE.

Azione fisiologica del solfato di nickel, par F. FEDE et G. JAPPELLI (*Giornale di Neuropatologia*, 1886).

Les auteurs ont étudié l'action de cette substance sur les grenouilles, les lapins, les cabiais et les chiens. Chez tous ces animaux, elle produit une paralysie vaso-motrice, avec affaiblissement du cœur qui s'arrête en diastole : un affaiblissement, puis une abolition complète des mouvements volontaires produisant une paralysie progressive de tous les muscles du tronc et des membres; une diminution de la fréquence et de la force des mouvements respiratoires aboutissant à leur arrêt complet. Les mouvements réflexes sont très exagérés chez les grenouilles, un peu moins exagérés chez les lapins et les cabiais, presque normaux chez les chiens. Les pupilles se rétrécissent chez les chiens et les lapins, sont normales chez les grenouilles et légèrement dilatées chez les cabiais.

Cette action physiologique paraît due à une paralysie des centres vasomoteurs bulbaires, à une modification de l'activité du centre respiratoire et aussi à une action sur la moelle dont la conductibilité est altérée et le pouvoir réflexe exagéré. GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur l'action physiologique du nitrate de potasse et sur le mécanisme de cette action, par MAIRET et COMBEMALE (*Soc. biol.*, 29 *janvier* 1887).

L'action du nitre est passagère et se produit de une à deux heures après l'administration.

Un quart d'heure environ après l'ingestion du nitre, les globules du sang se crénellent et en même temps la quantité d'urine sécrétée est presque décuplée. Tant que la crénelure des globules persiste, la quantité d'urine rendue est plus considérable, elle va en diminuant au fur et à mesure que les hématies reviennent à leur forme ordinaire.

Si, en même temps que le nitrate de potasse, on administre une substance qui annihile son action sur le globule, l'eau, par exemple, qui augmente le volume des hématies, on n'obtient plus de diurèse, la quantité de l'urine n'étant augmentée que relativement à la quantité d'eau ingérée.

Le nitre produit donc la diurèse par une action directe sur le sang ; il exprime l'eau contenue dans le globule sanguin et rend libre ainsi une plus grande quantité d'eau susceptible de traverser le filtre rénal.

L'action contro-stimulante des hautes doses de nitre est encore due à l'altération du sang. C. WALTHER.

Einiges ueber Quinium amorphum (Étude sur le borate amorphe de quinine), par HAGENS (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XII, p.* 265-276).

Hagens a fait sans grand succès une série d'expériences avec le borate amorphe de quinine. Il le donnait à doses de 0gr,30, puis de 0gr,50, répétant ces doses plusieurs fois par jour de façon à aller jusqu'à 2 et même 4 grammes. Le médicament, sauf quelques renvois acides, un peu de chaleur à l'épigastre, fut d'ordinaire bien toléré. Dans un cas pourtant, il provoqua de la diarrhée. Son amertume excessive rendit souvent son administration, même en cachets, très difficile et produisit chez plusieurs malades des vomissements.

Comme antithermique, le borate de quinine qui n'abaisse pas la température normale donne chez les fébricitants un abaissement de 1°,5 à 2°. Cet abaissement se produit lentement ; il ne commence parfois à se manifester qu'une heure après l'administration ; il n'est pas de bien longue durée. Jamais il ne fut accompagné de collapsus.

Comme antipériodique, le borate de quinine est inférieur au sulfate de quinine et même au citrate de cinchonidine. Il coupe les accès mais cette action est passagère. Le volume de la rate ne diminue pas. Plusieurs malades traités ainsi sans résultat furent parfaitement guéris par le sulfate, Hagens ne croit donc guère à l'avenir thérapeutique du borate de quinine. M. DEBOVE.

Ueber die Wirkungsweise des Schwefelwasserstoffes und der Schwefelalkalien (Sur le mode d'action de l'hydrogène sulfuré et des sulfures alcalins), par J. POHL (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XXII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 1, 1886).

Drakonow avait montré qu'en faisant pénétrer un courant d'hydrogène sulfuré dans une solution de carbonate ou de phosphate de soude, sels auxquels le sang est redevable de son alcalinité, ce gaz est fixé à l'état de sulfure de sodium. Pohl a vérifié l'exactitude des résultats annoncés par Drakonow ; avec ce dernier, il admet que l'hydrogène sulfuré qui arrive au sang par les voies respiratoires dans les cas d'empoisonnement, ne circule dans ce liquide qu'à l'état de sulfure de sodium.

Partant de là, Pohl a étudié l'action toxique du sulfure de sodium chez les animaux. A forte dose (0,01), ce poison produit chez les grenouilles les effets suivants : narcose, paralysie motrice d'origine centrale, ralentissement des contractions cardiaques, affaiblissement progressif de ces contractions aboutissant à l'arrêt du cœur en diastole, secousses fibrillaires dans les muscles. La mort (par arrêt du cœur) survenait au bout d'un délai variant, suivant les doses, de une heure et demie à six heures de temps.

Chez les lapins, le tableau de l'empoisonnement par le sulfure de sodium est sujet à des variantes nombreuses. Quand le poison est introduit directement dans les veines, les animaux sont pris, au bout d'un temps variable, de violentes convulsions ; la respiration est pénible, saccadée, les animaux poussent des cris plaintifs, leurs muscles sont agités par des tremblotements ; puis survient la mort ou le retour à l'état normal, suivant l'importance des doses employées. Quand le poison est administré par la voie sous-cutanée, il est habituel que les animaux

présentent des convulsions, mais celles-ci apparaissent plus tardivement, éclatent par accès, qui se répètent à plusieurs reprises avant le dénouement. Dans l'un ou l'autre cas, les convulsions ont fait défaut; l'animal a succombé à une paralysie progressive, avec apathie profonde et accélération des mouvements respiratoires.

L'auteur s'est préoccupé ensuite de savoir si, dans les cas d'empoisonnement par le sulfure de sodium, ce sel intervient directement dans la production des accidents, ou si ceux-ci sont causés par une autre substance qui prendrait naissance dans le sang au contact du sulfure de sodium, sulfite ou hyposulfite. Or, les expériences de l'auteur démontrent que, pour tuer un animal en l'empoisonnant par l'acide sulfureux ou l'acide hyposulfureux, il faut des doses beaucoup plus fortes qu'avec le sulfure de sodium. On pourrait être tenté d'admettre encore que l'action toxique du sulfure de sodium est en rapport avec le pouvoir réducteur de ce corps. Mais l'empoisonnement par le sulfure de sodium n'a rien de commun, dans sa phénoménalité, avec la mort par asphyxie. D'autre part, les substances qui tuent l'organisme animal en accaparant l'oxygène des globules rouges, déterminent des phénomènes toxiques très différents de ceux qui caractérisent l'empoisonnement par le sulfure de sodium. Enfin, autre circonstance contraire à l'hypothèse en question, c'est l'exiguïté de la dose de sulfure de sodium nécessaire pour tuer un animal, dose telle que la quantité d'oxygène susceptible d'être fixé par le sulfure de sodium dans le sang est absolument insignifiante.

D'autre part, Pohl a fait digérer du sulfure de sodium dans du sang extravasé, pour l'injecter ensuite dans les vaisseaux d'un animal. Les symptômes consécutifs à ces injections étaient très différents de ceux de l'empoisonnement par le sulfure de sodium; il se produisait, en particulier, une élévation de la pression intra-vasculaire, contrairement à ce qu'on observe à la suite d'une injection intraveineuse de sulfure de sodium. D'où l'auteur conclut que le sulfure de sodium cause directement les accidents toxiques consécutifs à la pénétration de cette substance dans le sang, que les accidents ne sont pas engendrés par des produits prenant naissance dans le sang aux dépens du sulfure de sodium.

Dans un dernier chapitre, l'auteur s'attache à prouver que, dans l'empoisonnement par l'hydrogène sulfuré, les accidents ne sont imputables, ni à une excitation réflexe des centres respiratoires et vaso-moteurs, ni à une diminution d'alcalescence du sang, ni à une réduction de l'oxyhémoglobine, que partant il ne reste plus qu'à incriminer la transformation de l'hydrogène sulfuré en sulfure de sodium. La preuve directe de cette transformation est difficile à fournir, étant donnée l'exiguïté de la dose d'hydrogène sulfuré nécessaire pour tuer un animal, par suite de quoi le sulfure de sodium formé se trouve dans le sang à un état de dilution extrême.

E. RICKLIN.

Resorption von Arzneimitteln in Lanolinsalben (Absorption des médicaments dans les pommades à la lanoline), par GUTTMANN (*Zeitschrift f. kliniche Medicin, Band XII, p.* 276-290).

D'après les expériences de Guttmann, la lanoline ne présente pour l'absorption cutanée des médicaments aucun avantage sur l'axonge ordinaire. Chez 4 malades ayant subi des frictions avec une pommade à

l'iodure de potassium et à la lanoline, on trouva en examinant l'urine dans 55 examens 0/00 réaction nulle, dans 28 0/00 trace de réaction, dans 10 0/00 réaction faible, dans 7 0/00 réaction évidente. La même pommade à base d'axonge donna dans 24 examens 0/00 réaction nulle, dans 40 0/00 traces de réaction, dans 17 0/00 réaction faible, dans 19 0/00 réaction évidente. Les résultats obtenus avec l'axonge seraient donc plutôt supérieurs. Avec les pommades au salicylate de soude, les résultats furent, dans deux séries d'expériences, presque identiques, chiffre à chiffre, pour la lanoline et pour l'axonge. M. DEBOVE.

Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé employé pour le lavage des muqueuses saines et des plaies, par DOLÉRIS et BUTTE (*Soc. de biol.*, 4 *déc.* 1886.)

Les recherches ont été faites sur des lapins, des cobayes et des chiens. La pratique qui consiste à faire des irrigations de sublimé sur les muqueuses saines ne paraît pas présenter de dangers, et à part quelques légers accidents produits à la suite du premier lavage, on peut la considérer comme à peu près inoffensive. Le sublimé, employé pour le lavage des plaies étendues, provoque de la diarrhée sanguinolente, des vomissements, de l'albuminurie, un affaiblissement progressif, et souvent la mort, précédée quelquefois d'un abaissement considérable de température. Les lésions anatomiques siègent surtout sur le gros intestin (hémorrhagies sous-muqueuses, nécrose de la muqueuse), et sur les reins (néphrite parenchymateuse aiguë). L'excès d'urée dans le sang, signe d'insuffisance rénale, montre que c'est à la lésion rénale qu'il faut attribuer le plus grand rôle dans la terminaison fatale.

Les auteurs concluent de leurs expériences qu'en obstétrique, le sublimé est excellent pour la désinfection des mains, de la peau, des instruments, etc., mais que son emploi est dangereux chaque fois qu'une solution de continuité marquée existe sur un point quelconque du trajet génital.

En chirurgie, son emploi doit être aussi restreint, à moins qu'on ne soit en présence de plaies superficielles et peu étendues, et qu'on ne fasse qu'un lavage rapide. F. H.

Du sublimé comme antiseptique, par BUTTE (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *avril* 1886).

Cette étude sérieuse porte sur 20 cas de mort, dus sans conteste l'usage du sublimé corrosif en obstétrique ou en gynécologie. Elle ne comprend probablement pas tous les cas où cette terminaison a été observée. Les intoxications non mortelles sont des plus fréquentes, et souvent même des plus sérieuses. C'est un excellent agent antiseptique, mais il est dangereux.

L'appareil digestif est surtout frappé. L'intoxication se manifeste ordinairement par la diarrhée qui peut être sanguinolente dans certains cas. La salivation et la stomatite sont bien connues. Il est remarquable qu'elles soient peu marquées dans les cas mortels. Elles sont, au contraire, caractéristiques des cas non mortels. A l'autopsie, on trouve une inflammation du gros intestin qui peut être poussée jusqu'à l'ulcération et la gangrène.

La fonction urinaire est influencée d'une façon importante. La quantité d'urine est ordinairement diminuée. Il y a même de l'anurie dans les cas graves. On trouve constamment de l'albumine dans l'urine. Les lésions rénales sont d'ailleurs caractéristiques de cette intoxication. Les reins sont gros, pâles, anémiés, présentent des points et des stries de couleur blanc jaunâtre, résultant de l'accumulation de masses amorphes dans les canalicules droits et contournés. Ces masses offrent les caractères chimiques de l'oxalate de chaux et donnent, avec l'acide sulfurique, des cristaux de sulfate de chaux facilement reconnaissables. On a quelquefois recherché et trouvé dans l'urine le sel mercuriel.

Les autres symptômes et les autres lésions ne sont pas caractéristiques de cet empoisonnement, sauf cependant l'hypothermie observée parfois chez les malades et toujours chez les animaux intoxiqués expérimentalement.

La conclusion pratique de cette étude n'est pas de repousser l'emploi de sels mercuriels dans le traitement antiseptique des nouvelles accouchées, mais de ne pas se départir des règles de la prudence la plus attentive. L'auteur souhaite qu'un nouvel antiseptique moins dangereux, tout en restant aussi actif, fasse rapidement abandonner le sublimé corrosif et les autres sels mercuriels en antisepsie. PORAK.

Recovery from an overdose of mercuric chloride (Empoisonnement par le sublimé; guérison), par T. ARMSTRONG (*Med. News*, 15 *janvier* 1887).

Infirmier de 35 ans, alcoolique, croyant boire l'alcool du laboratoire, avale d'un coup 30 centimètres cubes d'une solution au 5e de sublimé, soit environ 6 grammes. Vomissements immédiats avec crampes violentes, puis collapsus, battements du cœur faibles, peau froide, soif ardente et vomissements continuels, ténesme, excrétion anale de mucus intestinal; mictions abondantes.

Injection de 2 milligrammes d'atropine. Le malade guérit après avoir eu une salivation intense.

Armstrong explique la guérison par ce fait que le poison a été difficilement absorbé; le malade avait ingurgité quelques minutes avant 60 centimètres cubes d'alcool, la muqueuse était déshydratée; de plus la dose était si forte que les vomissements en ont fait rejeter la plus grande partie. A. C.

De la localisation du baryum dans l'organisme à la suite de l'intoxication chronique par un sel de baryum, par LINOSSIER (*Soc. biol.*, 26 *février* 1887).

Tous les organes analysés par l'auteur contiennent constamment du baryum, mais en proportions très différentes.

Les poumons, les muscles, le cœur n'en renferment que des traces.

Le foie en renferme une proportion plus sensible.

Les reins, le cerveau, la moelle en contiennent encore plus.

Enfin les os sont le tissu où le baryum s'accumule le plus. On peut y trouver jusqu'à 0,56 de baryum pour 1000 de cendres d'os.

C. WALTHER.

Fatal poisoning by chloride of zinc applied to an epithelioma of the lip (Empoisonnement par le chlorure de zinc, appliqué à un épithélioma de la lèvre. Mort.), par A.-H. NICHOLS (*Boston med. and surg. journ.*, 14 *octobre* 1886).

Le malade, un robuste fermier de 52 ans, était atteint d'épithélioma de la lèvre inférieure. A une heure de l'après-midi, un charlatan avait appliqué sur la plaie une pâte caustique composée de chlorure de zinc, 30 grammes;

amidon, 90; podophyllin, 15 grammes. Le caustique avait d'abord produit une douleur locale intolérable, puis survinrent des tiraillements d'estomac, de l'oppression, et plus tard, des frissons, des étourdissements et de l'engourdissement des membres inférieurs. On arracha la pâte caustique, mais les symptômes s'aggravant de plus en plus on envoya chercher Nichols. A sept heures du soir, il constata l'état suivant : perte de connaissance, respiration lente et stertoreuse, pouls petit et faible, 110; pupilles irrégulièrement dilatées et insensibles à la lumière, face congestionnée, sueurs abondantes.

Le malade succomba à neuf heures et demie, c'est-à-dire huit heures et demie après l'application du caustique. L'autopsie ne révéla rien de particulier ; aucune lésion du tube digestif.

L'auteur termine son travail par quelques remarques sur l'empoisonnement par le chlorure de zinc. J.-B. H.

Ueber Anilin-Vergiftung (Empoisonnement par l'aniline), par F. MÜLLER (*Deutsche med. Woch.*, *n° 2, p.* 27, 1887).

Femme de 33 ans, a tenté de se suicider en avalant de l'huile d'aniline, (25 grammes environ).

Le soir, on l'apporte à l'hôpital: Coma, lividité de la peau, cyanose ; écume bleue à la bouche. Rétrécissement des pupilles. Respiration accélérée et pénible (30 inspirations par minute). Pouls régulier. 88 pulsations. Température basse. Mort le second jour à sept heures du matin.

Le sang, extrait du doigt par une piqûre immédiatement après l'entrée à l'hôpital, offre une teinte chocolat. Outre les deux raies de l'oxyhémoglobine, on y trouve, à l'examen spectroscopique, celle de la méthémoglobine. L'urine ne contient ni albumine, ni sang, ni sucre. Elle fournit, après distillation, les réactions de l'aniline : coloration jaune en présence de l'acide chlorhydrique, violette en présence du chlorure de chaux, bleu verdâtre en présence de l'acide sulfurique et du bichromate de potasse, bleu éclatant avec la solution de kairine. L'intoxication par l'aniline est donc démontrée par ce fait.

Mais à côté de l'aniline il y a un autre corps dans l'urine, c'est le para-amidophénol ; pour le démontrer, on chauffe le liquide avec un quart de son volume d'acide chlorhydrique concentré, on y ajoute 3 0/0 d'acide phénique et une goutte d'acide chromique ou de perchlorure de fer ; on obtient ainsi une coloration rouge. Si l'on alcalinise avec l'ammoniaque, on a une coloration bleue, celle de l'indophénol.

Autopsie. — Ecchymoses sous-endocardiques. Foyers hémorragiques multipliés dans les poumons et dans les reins. Cylindres colloïdes dans les canalicules urinifères. Quelques ecchymoses gastriques ; points apoplectiques multiples dans le cerveau.

L'auteur compare les phénomènes observés ici avec ceux que présentent les sujets traités par l'antifébrine qui est un dérivé de l'aniline. Chez trois de ces sujets, l'auteur a trouvé dans le sang la raie de la méthémoglobine (résultat analogue à celui de Lépine). Dans l'urine d'une rhumatisante traitée par l'antifébrine, l'auteur a trouvé, comme chez l'empoisonnée, le para-amidophénol. L. GALLIARD

Poisoning by chloroform; recovery after seventeen hours unconsciousness (Empoisonnement par le chloroforme; guérison après 17 heures passées sans connaissance), par A. POWELL (*The Lancet*, 27 *février* 1886).

Une femme de 44 ans est apportée à l'hôpital vers quatre heures de l'après-midi, ayant avalé, dans un but de suicide, 120 grammes environ de liniment chloroformé de la pharmacopée britannique. A son entrée, les téguments

sont froids, les lèvres congestionnées, les pupilles fixes et dilatées; la respiration est stertoreuse, le réflexe conjonctival aboli, le pouls faible mais régulier, l'insensibilité complète. On pratique le lavage de l'estomac, dont le contenu exhale une forte odeur de chloroforme et de camphre. L'anesthésie chloroformique n'en continue pas moins jusqu'au lendemain matin. De temps en temps, on stimule la respiration à l'aide d'un courant électrique appliqué aux attaches du diaphragme. Pendant la nuit, rigidité marquée des membres supérieurs, et ascension rapide de la température qui atteint à trois heures du matin le chiffre de 41°,6, et qui à la suite de lotions froides redescend d'environ 1 degré par heure.

Vers le matin, on observe quelques mouvements, et enfin une violente crise de vomissements annonce le réveil, après dix-sept heures de coma. Sauf un peu d'irritation gastrique, il n'y a pas eu d'accidents ultérieurs.

H. BARTH.

Antagonismus zwischen Morphin und Atropin, par LENHARTZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 688, 4 *octobre* 1886).

Lenhartz a réuni 132 cas d'empoisonnement par la morphine; les 59 qui ont été traités par l'atropine ont donné une mortalité de 59 0/0, tandis que les 73 autres n'ont eu une mortalité que de 15 0/0. Les expériences sur les animaux ne prouvent pas davantage l'existence d'un antagonisme entre l'action des deux substances. Binz, par exemple, n'a poussé l'intoxication morphinique que jusqu'à la phase de sommeil ; quoi d'étonnant alors que les animaux aient survécu après l'administration d'atropine. Lenhartz leur a administré des doses beaucoup plus considérables, et il en a vu se rétablir sans le secours de l'atropine. Mais, quand la quantité de morphine était suffisante pour produire des convulsions tétaniques, l'atropine devenait impuissante, et même il semblait qu'elle accélérât la mort en cumulant son action avec celle de la morphine. Tout cela porte Lenhartz à déconseiller le traitement de l'empoisonnement par l'atropine.

Dans la discussion, Freimuth cite un cas d'empoisonnement simultané par la morphine (50 centigrammes) et par l'atropine (5 centigrammes) qui a guéri; il en conclut à la réalité des effets antagonistes des deux alcaloïdes.

L. Lewin croit aussi à cet antagonisme, car l'influence de l'atropine sur la respiration et la pression sanguine ne saurait être niée même parmi les partisans de l'opinion opposée. Les antidotes ne sont d'ailleurs pas des spécifiques certains dans tous les cas.

Lenhartz réplique que l'augmentation de la pression sanguine déterminée par l'atropine est inconstante et passagère (*R. S. M.*, II, 274 et 290; VII, 547; VIII, 561; IX, 555; XVI, 96 et 497; XVIII, 486; XX, 80, et XXII, 75).

J. B.

Mushroom poisoning (2 cas d'empoisonnement mortel par l'amanite phalloïde), par H. HANDFORD (*Sanitary Record*, *n°* 348, *p.* 114, *septembre* 1886).

Un homme robuste, ayant récolté, au lieu de mousserons, des amanites phalloïdes, les fit frire dans de la graisse et en consomma 100 grammes au plus, à huit heures du soir, tandis qu'il faisait manger la moitié seulement d'un de ces champignons à sa fillette âgée de 3 ans 1/2. Le lendemain, à cinq heures du matin, en se levant, il éprouvait un sentiment de constriction du thorax qui ne l'empêcha pas d'aller à son travail. Mais bientôt il fut pris de

vomissements, diarrhée et sueurs profuses. Handford le vit une vingtaine d'heures après l'accident ; jusqu'alors il avait été traité par des stimulants. Les sueurs avaient cessé, mais les vomissements et la diarrhée continuaient avec des douleurs abdominales très vives. Les pupilles étaient normales. Anurie. Battements cardiaques réguliers, mais faibles ; pouls radial à peine sensible. Somnolence. Malgré des injections sous-cutanées d'atropine à petites doses (1/120 de grain), le malade succomba soixante-huit heures après l'empoisonnement. A l'autopsie, signes de gastro-entérite médiocrement intenses.

L'enfant eut des vomissements, peu de diarrhée, pas de sueurs ni de suppression des urines, mais un collapsus profond qui entraîna la mort 29 heures après l'empoisonnement. L'autopsie fut à peu près négative, car il existait à peine des vestiges d'irritation de la muqueuse gastro-duodénale.

En face de l'insignifiance des lésions du tube digestif, Handford rapporte à l'action de la muscarine sur le système cardio-vasculaire la mort des deux malades. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Du régime alimentaire, traitement hygiénique des malades, par G. SÉE (*In-8° de 700 pages, Paris.* 1887).

Le traité de G. Sée sur le régime alimentaire est un essai d'adaptation, à la clinique, de la physiologie expérimentale telle que l'ont constituée les dernières recherches de chimie biologique faites en France et en Allemagne. La première partie de l'ouvrage est consacrée à la définition de l'aliment, et à la classification pratique des substances alimentaires. Pour Sée, l'aliment vrai, quelle que soit son origine, animale ou végétale, est toujours destiné à faire de la chaleur et à réparer les pertes de calorification de l'organisme : la ration d'entretien, variable suivant chaque catégorie d'individus, dépend de la proportion des dépenses physiologiques ; la quantité des éliminations règle l'apport des matériaux nutritifs, qui doivent être constitués à la fois par des matériaux azotés et des hydrocarbures.

Les aliments, ainsi compris, peuvent être divisés en cinq classes : 1° les substances albuminoïdes ou azotées pures (viandes, œufs, etc.) ; 2° les aliments complets, dont le type est le lait ; 3° les aliments à la fois féculents et azotés qui comprennent le pain, et les légumes azotés ; 4° les aliments exclusivement féculents (riz, pommes de terre) ; enfin 5° les végétaux azotés et féculents au minimum (légumes herbacés et fruits).

Comme complément de cette première partie qui constitue en quelque sorte la matière médicale du régime alimentaire, l'auteur passe en revue les phénomènes physiologiques, physiques et chimiques de la digestion, la peptonisation des aliments, le rôle des divers liquides digestifs, la valeur des boissons, etc. Toute cette partie physiologique, qui est comme l'avant-propos de l'ouvrage, comprend près de 200 pages. On y lira avec

intérêt le chapitre consacré à la digestibilité relative des principaux aliments, suivant l'état de l'organisme et les conditions de l'intestin.

Cette étude préparatoire conduit G. Sée à examiner le régime qui convient le mieux à l'état de santé, régime qui varie lui-même selon les conditions de vie et l'état social des sujets. Les règles de l'équilibre alimentaire chez le travailleur physique, le soldat, l'homme de cabinet, pendant la période de l'enfance et de l'adolescence, enfin pendant la vieillesse, constituent un chapitre des plus intéressants et que tous les médecins consulteront avec fruit.

La partie clinique de l'ouvrage s'ouvre par le traitement hygiénique des gastriques. Sous ce titre général, Sée comprend les malades atteints de dyspepsie, et il en profite pour étudier ce syndrome, qu'il envisage avec des idées très personnelles. Pour lui, les dyspepsies sont avant tout des troubles chimiques, dépendant presque toujours de l'absence ou de l'excès de l'acide chlorhydrique du suc gastrique; d'autres malades, à tort nommés dyspeptiques, ont de l'atonie gastrique ou des spasmes nerveux. De là des médications et des régimes différents, les dyspeptiques vrais devant être soigneusement distingués des faux dyspeptiques, chez lesquels le fonctionnement moteur de l'estomac est seul défectueux. De même, pour les dyspepsies intestinales, y a-t-il lieu de séparer celles qui dépendent d'un trouble secrétoire (fermentations bactériques, dyspepsies muqueuses, mucino-albumineuses, acholie, etc.) de celles qui sont liées à la parésie intestinale (atonie musculaire).

Par un procédé analogue, G. Sée passe en revue les fiévreux et leur diététique, les maladies consomptives, phtisie, scrofule, chlorose; enfin les altérations constitutionnelles telles que la goutte, le diabète et l'obésité. On lira avec intérêt le très substantiel chapitre consacré au diabète dans lequel, jugeant avec autorité les diverses médications théoriquement opposées à la glycosurie, l'auteur s'en tient à deux indications, les boissons alcooliques et le régime, variable lui-même suivant que le malade ou gras ou maigre, digère bien ou mal, supporte bien la viande ou au contraire la tolère médiocrement. Tous les médecins qui ont soigné des diabétiques reconnaîtront la vérité de ces préceptes.

Il est impossible d'analyser plus en détail les divers points touchés dans cet ouvrage. Appliquant le même plan d'étude, l'auteur expose le régime des cardiaques et des albuminuriques ; la pathologie presque tout entière se trouve ainsi passée en revue. H. R.

Leçons de clinique et thérapeutique médicales, par A. ROBIN (*In-8°, Paris*, 1887).

Ce qui fait l'originalité et l'unité, en même temps, des leçons cliniques que vient de publier A. Robin, c'est la part qu'y tiennent les recherches de chimie biologique et l'importance des résultats pratiques ainsi obtenus.

Prenons pour exemple le traitement de la fièvre typhoïde; deux indications nouvelles y dérivent de l'étude de la statique chimique dans cette maladie. En premier lieu, la solubilisation des résidus organiques incomplètement oxydés, soit par combinaison, au moyen de médicaments tels que l'acide benzoïque et les benzoates, l'acide salicylique et les salicylates, soit par l'oxydation directe obtenue en activant l'hématose pulmonaire et cutanée. En second lieu, il faut admettre que, dans la dothiénentérie, les oxydations bien loin d'être augmentées sont diminuées, que

la fièvre dépend d'actes chimiques différents des oxydations. Or, les déchets incomplètement oxydés sont moins solubles et plus toxiques que les résidus organiques qui ont subi une oxydation parfaite ; leur rétention est une des causes principales de l'état typhoïde, et leur entraînement au dehors devient ainsi une indication majeure.

Sans entrer ici dans le détail pratique de la méthode de traitement basée sur ces principes d'observation et d'expérimentation chimique, voilà quels en sont les résultats : sur 307 malades, 30 morts, soit une moyenne de 9,7 0/0, ce qui range cette statistique parmi les plus favorables que nous possédions.

Veut-on voir maintenant comment la chimie peut servir au diagnostic et même au pronostic de certaines lésions encéphaliques ? La leçon consacrée aux hématomes de la dure-mère va nous le montrer. Tandis que dans cette lésion, qui intéresse peu la nutrition cérébrale, la proportion du phosphore incomplètement oxydé dans l'urine varie peu, elle augmente notablement et peut être triplée en cas de lésion destructive, telle que l'hémorragie cérébrale. Si la lésion devient extensive, comme dans certains ramollissements du cerveau, le rapport du phosphore incomplètement oxydé à l'acide phosphorique total croît avec les progrès de la lésion.

Nous voudrions pouvoir analyser encore les leçons consacrées à la congestion rénale primitive, au pseudo-rhumatisme de surmenage, à la myocardite interstitielle et à la rupture du cœur, etc.... Nous devons en tout cas signaler que toute cette série de leçons a été recueillie avec le plus grand soin par Juhel Rénoy, qui mérite de prendre ainsi sa part dans leur très légitime succès. A. CHAUFFARD.

Sur le traitement par les bains électriques, par G. MELHEM (*Revue méd. Suisse romande, VI, p.* 588, *septembre* 1886).

Melhem a donné plus de 5,000 bains électriques à des températures variables entre 32 et 38°. Il a constaté les effets physiologiques suivants : diminution de fréquence du pouls (de 8 à 15 pulsations par minute) et des mouvements respiratoires (3-5) ; pas de modification régulière de la température ; excitation de l'appétit, de la digestion, des fonctions génitales et intellectuelles, influence bienfaisante sur le sommeil.

Au point de vue des résultats thérapeutiques, les bains électriques sont efficaces surtout dans les névrosthénies de toute espèce. Melhem n'a pas eu d'amélioration dans plusieurs cas d'hystérie grave. En revanche, l'amélioration a été très sensible dans deux cas de tremblement alcoolique, dans un cas d'épilepsie nocturne (après 30 séances de galvanisation générale dans le bain) et dans un cas de gangrène symétrique des extrémités (50 séances).

Le médecin doit diriger lui-même l'application du bain électrique et assister à toutes les séances (*R. S. M.*, XXV, 495 à 497 ; XXVIII, 489).

J. B.

Faradisation de la vésicule biliaire dans l'ictère catarrhal, par H. SECRETAN (*Rev. médic. Suisse romande, VI, p.* 701).

Chez un enfant de 11 ans qui avait un ictère résistant depuis trois semaines aux cholalogues ordinaires, Secretan combina l'emploi de la faradisation de

la vésicule biliaire avec celui des lavements d'eau froide dans les intervalles des électrisations. Une électrode cylindrique était introduite à 8 centimètres de profondeur dans le rectum, tandis que l'autre était appliquée au niveau de la vésicule pendant dix minutes chaque jour.

Après trois séances, la circulation de la bile était entièrement rétablie (*R. S. M.*, II, 851). J. B.

Ueber die therapeutische Bedeutung des Durande'schen Mittels u. s. w. (Action du remède de Durande dans la lithiase biliaire, avec remarques sur le traitement de cette affection), par S. W. LEWASCHEW (*Arch. f. path. An. u. Phys. CI, Heft* 3, *p.* 430).

Le remède de Durande est composé de parties égales d'éther et de térébenthine. Lewaschew recherche l'action de chacune de ces substances sur l'élimination de la bile. Il recueille toutes les demi-heures la bile d'un chien avant et après lui avoir administré des doses variables de ces substances soit isolées, soit réunies. Il constate que, sous l'influence de l'éther comme de la térébenthine, l'élimination de l'eau par la bile s'accroît, que la proportion des principes solides qu'elle contient diminue quoique leur quantité absolue soit augmentée, par conséquent que la consistance de cette humeur diminue. L'action de l'éther est plus rapide, le maximum d'effet se montre pour l'éther environ 4 heures après l'ingestion, pour la térébenthine le maximum d'effet n'arrive que 5 heures ou 5 heures 1/2 après l'ingestion.

La combinaison des deux substances a l'avantage de donner à ce maximum d'effet une durée plus longue, double à peu près de ce qu'elle serait pour chacune des deux substances isolées. La combinaison que Lewaschew considère comme la meilleure est celle de 3 parties d'éther pour 2 de térébenthine.

Il étudie ensuite le chloroforme qui, outre ses propriétés calmantes utilisables en cas de coliques hépatiques, a une action analogue à celle de l'éther sur la sécrétion biliaire; malheureusement il est irritant pour l'estomac et ne peut faire la base d'un traitement continu. Lewaschew a étudié aussi l'action du bicarbonate de soude sur la bile, mais il trouve qu'elle est moindre et moins constante que celle de l'éther.

En résumé le remède de Durande et le chloroforme ont une action beaucoup plus faible et plus fugitive que celle du salicylate de soude qui est, d'après Lewaschew, le grand médicament de la lithiase biliaire. Après ces substances viennent, mais assez loin comme importance, l'eau en grande quantité et les principes minéraux alcalins qu'elle contient.

P. GALLOIS.

Étude sur la cinchonidine et ses sels comme succédanés de la quinine, par LE JUGE DE SEGRAIS (*Archives de médecine, octobre et décembre* 1886).

Le sulfate et le bromhydrate de cinchonidine sont tout aussi efficaces que les mêmes sels de quinine et doivent être employés dans tous les cas où ces derniers le sont.

Le sulfate de cinchonidine est bien toléré par l'estomac chez les personnes nerveuses; il ne détermine pas de bourdonnements d'oreille, d'agitation du système nerveux, de tremblements. Les préparations de cinchonidine (sulfate et bromhydrate) ont, de plus, l'avantage de coûter moitié moins cher que les mêmes préparations de quinine.

A l'appui de son dire sur l'efficacité des sels de cinchonine et de cinchonidine contre les accidents palustres, l'auteur rappelle les chiffres cités par Weddell.

Sur 1,145 malades traités, 410 ayant pris de la cinchonine, 400 ont été guéris; 359 ayant pris de la cinchonidine, 346 ont été guéris; 376 ayant pris de la quinidine, 365 ont été guéris, soit un total de 1,111 guérisons sur 1,145 malades. RICHARDIÈRE.

De l'antipyrine contre la douleur, par Germain SÉE (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 18 *avril* 1887).

L'antipyrine, dont le pouvoir réfrigérant est rapide mais passager, ne saurait être préférée à la quinine, et sa propriété hypothermique ne présente plus qu'un intérêt secondaire en regard des effets remarquables qu'on voit se produire sur d'autres éléments morbides de la fièvre et particulièrement sur la douleur. C'est ce que l'auteur a observé un grand nombre de fois pour le rhumatisme, les névralgies, névrites, etc., pour les douleurs des débuts de l'ataxie locomotrice, pour les maladies du cœur, etc. Dans toutes ces affections, la dose nécessaire d'antipyrine a été de 3 grammes au moins et de 6 grammes au plus, administrés par doses de 1 gramme à une ou trois heures d'intervalle. Le seul inconvénient, par la prolongation ou l'intensité du traitement, est une éruption semblable à l'urticaire et qui disparait dès qu'on réduit la dose. Dans tous les cas, le médicament s'élimine en nature par les urines. M. DUVAL.

Ueber Stickstoffausscheidung bei antipyretischer Fieberbehandlung (Sur l'excrétion de l'azote chez les typhiques traités par les antipyrétiques), par RIESS (*Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmak., Band XXII, Heft* 1 *et* 2, *p.* 127).

Riess a étudié comparativement l'action que l'antipyrine et les bains tièdes exercent sur l'excrétion de l'azote, chez des dothiénentériques. Le nombre des malades qui ont fait l'objet de ces expériences est de 9. La durée de chaque expérience embrassait neuf jours, à savoir : trois jours sans traitement, trois jours avec traitement antipyrétique (antipyrine ou bains tièdes), trois nouveaux jours sans traitement. C'est assez dire que les expériences ont porté sur des malades qui étaient au début de la période de la fièvre typhoïde. Les malades suivaient un régime alimentaire relativement copieux : 2 litres de lait par jour, plus 2 œufs, 600 grammes de bouillon, 780 centimètres cubes d'eau gazeuse artificielle (soda), 180 centimètres cubes de vin rouge. La détermination de l'azote contenu dans les principes excrémentitiels de l'urine a été faite d'après la méthode de Kjeldahl, perfectionnée par Pflüger et Bohland. Chez l'un des malades, on a déterminé en outre la quantité d'azote éliminé dans les vingt-quatre heures, avec les matières fécales; la moyenne obtenue a servi à établir hypothétiquement, pour les autres sujets en expérience, la quantité d'azote éliminée par cette même voie.

L'eau des bains était portée à la température de 31°,25. Pendant les trois jours de traitement, le malade était baigné chaque fois que la température rectale dépassait 38°,5; le séjour dans l'eau durait jusqu'à ce que la température fût redescendue à 37°,5. Chez l'autre série

de malades, ceux qui ont été soumis au traitement par l'antipyrine, ce médicament a été administré par prises, 2 ou 6 grammes, dans les mêmes conditions de température ; la dose quotidienne s'élevait à 6, 8, 10, et 12 grammes.

Les résultats obtenus par Riess montrent que, sous l'influence de l'administration de l'antipyrine, l'excrétion de l'azote diminue dans des proportions considérables (de 15 à 30 0/0) chez les dothiénentériques, tandis qu'elle s'élève de 3 à 13 0/0 sous l'influence des bains tièdes. L'auteur estime que cette différence d'action tient sans doute à ce que les deux médications antipyrétiques en cause produisent l'abaissement de la température fébrile, en s'adressant à des appareils organiques différents. Il ajoute, d'ailleurs, que ces résultats expérimentaux ne sauraient être exploités comme critérium exclusif pour l'appréciation de la valeur pratique des diverses méthodes antipyrétiques. Incidemment, il signale que l'observation clinique lui a fourni la preuve de l'excellence du traitement mixte résultant de l'association de l'antipyrine et des bains tièdes, dans les cas de fièvre typhoïde. E. RICKLIN.

Ueber Thallinbehandlung des Ileotyphus, par EHRLICH et Discussion (*Berlin. klin. Woch*, *n°* 47, *p.* 823, 22 *novembre* 1886).

Les expériences d'Ehrlich lui ont appris que la thalline ne se retrouve pas dans le système nerveux central, tandis qu'elle s'accumule en grande quantité dans le tissu adipeux. Administrée à hautes doses chez les animaux, elle provoque des métamorphoses graisseuses, des mortifications et des lésions rénales, consistant en infarctus hémorragiques. De même que la quinine, la thalline agit aussi en arrêtant le travail inflammatoire.

Ehrlich a essayé également l'*orthothalline* qui est très irritante, la *parathalline* qui est très énergique et l'*anathalline* qui est inerte. Il n'a pas pu obtenir la métathalline.

35 de ses typhoïdiques ont été traités par la thalline et le même nombre par les bains froids. La dose du médicament était tantôt de 0,06 qu'on répétait jusqu'à l'abaissement de la température ; tantôt les malades étaient soumis à une thallinisation continue et uniforme. En somme, les résultats ont été sensiblement les mêmes qu'avec les bains froids. Dans les deux modes de traitement, la durée de la maladie a été à peu près la même, 37 ou 38 jours ; les décès ont été au nombre de 3 chez les typhoïdiques thallinés et de 5 chez les baignés. Ce qu'il y a de meilleur dans la thalline, c'est son heureuse influence sur le sensorium.

Les inconvénients de ce médicament sont la mauvaise physionomie des malades et l'apparition d'œdèmes.

Il faut, pour tuer les bacilles typhoïdiques, une solution à 1 1/2 0/0 de thalline.

Dans la discussion, *A. Frænkel* s'élève contre l'assertion d'Ehrlich que la thalline n'a pas d'action sur le système nerveux central. Elle peut très bien s'y trouver sous la forme d'une combinaison chimique, que le perchlorure de fer est impuissant à déceler. Frænkel estime au contraire que la thalline agit sur les centres nerveux régulateurs de la chaleur.

P. Guttmann préfère l'antipyrine qui ne détermine pas de frissons. (*R. S. M.*, XXIV, 579 ; XXVI, 53, 56, 57, 514, 516 et 517 ; XXVIII, 53, 468 et 485 ; XXIX, 48 et 49.) J. B.

Action hémostatique de l'antipyrine, par GŒTZ (*Revue médicale Suisse romande, VI, p.* 704).

1er *cas.* Jeune homme atteint de purpura hémorragique et ayant depuis quatre heures une épistaxis intense. Gœtz réussit à l'arrêter en injectant dans les fosses nasales un peu de solution d'antipyrine au 1/30 et en ne mettant qu'un tampon antérieur.

2e *cas.* Hémorragie consécutive à l'avulsion d'une dent; elle fut arrêtée par l'introduction dans la gencive d'une boulette de charpie trempée dans la solution d'antipyrine.

3e *cas.* Métrorragie par corps fibreux, arrêtée après une application d'un suppositoire contenant 1 gramme d'antipyrine. J. B.

Ueber die Anwendung des Xylol bei Blattern (De l'emploi du xylol dans la variole), par ÖTVÖS (*Wiener med. Wochenschrift, n°* 11, 337, 1887).

Dans ces derniers temps, Zuelzer a attiré l'attention sur le xylol qui coagule l'albumine. Les malades supportent très bien ce médicament sans le vomir; la difficulté d'avaler cesse au bout de trois jours, la fièvre disparaît le 9e jour, le contenu des pustules se dessèche, il y a peu ou point de cicatrices.

Otvös l'a essayé sur 465 varioleux dont 315 très gravement atteints. En comparant la mortalité pendant l'épidémie de 1882 et l'époque actuelle, il a trouvé pour 1882 34,7 0/0 et en 1886 28 0/0. Il donne 2-3 grammes de xylol dans du vin ou dans une potion, 1 cuillerée à soupe toutes les deux heures. J. B.

Ueber Anwendung des Cocain bei stenocardischen Anfällen, par von NOORDEN (*Berlin. klin. Woch., n°* 51, *p.* 890, 20 *décembre* 1886).

Dans deux cas d'angine de poitrine, l'un d'origine neuropathique, l'autre d'origine traumatique, von Noorden a obtenu de bons résultats de la cocaïne administrée à l'intérieur à la dose de 8 centigrammes, 3 ou 4 heures avant l'accès. Chez le premier malade, un homme de 31 ans, au bout de 5 jours de la médication, les attaques d'angine, presque quotidiennes, avaient disparu; mais, moins de 6 semaines plus tard, il y eut une rechute amenée par des fatigues à la fois physiques et intellectuelles, et la cocaïne se montra alors impuissante. Chez le second malade, âgé de 31 ans, les accès, beaucoup plus graves et également à peu près journaliers, dataient de 2 ans. Dès le premier jour de l'administration de la cocaïne, ils cessèrent et la guérison persiste depuis 4 mois (*R. S. M.*, XXIX, 506). J. B.

Cases illustrating the sedative effects of aceto-phenone (hypnone) (Observations tendant à démontrer l'action sédative de l'acéto-phénone), par Conolly NORMAN (*Journ. of mental sc., janvier* 1887).

Des recherches qu'il a faites, l'auteur conclut que l'hypnone est un somnifère d'une certaine énergie. Il n'a jamais observé de résultats fâcheux à la suite de son emploi sous-cutané. Il est disposé à croire qu'il a surtout de la valeur dans les cas où l'excitation s'accompagne d'insomnie. Le mode d'administration le plus convenable est la voie hypodermique, et de cette façon le travail de la digestion n'est nullement entravé. Plusieurs fois même, il a constaté que l'appétit revenait et que

la nutrition s'améliorait pendant qu'on en faisait usage ; mais il n'affirme aucunement qu'il faille attribuer ce résultat à une action spécifique du médicament. Enfin, tenant compte de l'action de l'hypnone sur les reins, telle que l'avaient notée les précédents observateurs, il a fait examiner les urines de ses malades à plusieurs reprises et avec beaucoup de soin, sans qu'on y ait jamais rencontré d'albumine. DESCOURTIS.

I.— L'antifébrine et la naphte dans la phtisie pulmonaire, par A. SCHERBAKOFF (2e *congrès des méd. russes à Moscou, Med. Obosrénié n.* 2 *et* 3, 1887).

II. — Traitement de la phtisie pulmonaire, par KRÉMIANSKY (*Ibidem*).

I. — Les inhalations de naphte sont depuis longtemps employées au Caucase comme moyen de traitement de la phtisie. L'auteur en a essayé l'effet en inhalations sur des malades du service de Tchérinoff à Moscou.

Comme il est difficile de se procurer de la naphte pure, l'auteur la remplaçait souvent par la benzine. Il obtint des résultats favorables. La benzine a une action à la fois narcotique et expectorante. Chez un jeune homme, atteint de phtisie depuis 3 ans, on put, après 6 mois de traitement par la benzine, constater une amélioration considérable : arrêt du processus local, augmentation du poids du malade et diminution du nombre des bacilles dans les crachats. On faisait inhaler toutes les heures et chaque fois pendant cinq minutes. La dose du médicament était de 120 grammes par jour. L'urine ne présentait pas de modifications.

Relativement à l'antifébrine, l'auteur est arrivé aux conclusions suivantes : 1° L'antifébrine est un excellent antipyrétique dans beaucoup de cas de phtisie pulmonaire ; 2° l'abaissement de température que produit ce médicament ne paraît pas influencer le processus local dans les poumons.

II. — Krémiansky traite la phtisie pulmonaire « suivant le type de la gale », c'est-à-dire en faisant agir directement sur les poumons des substances qui tuent les bacilles de Koch. Dans ce but, il emploie l'huile d'aniline, en inhalations et à l'intérieur, et l'antifébrine. Cette dernière, sous l'influence du contenu alcalin intestinal, se décomposerait en acide acétique et en aniline? L'auteur recommande en outre *la diète acide* : limonades, fruits acidules, le koumyss et le kéfir. Le malade doit se tenir autant que possible dans une atmosphère saturée d'essences aromatiques.

Chez un malade, âgé de 18 ans, atteint de phtisie avec abondance de bacilles de Koch dans les crachats : inhalations d'aniline ; ingestion de 2 gouttes de cette même substance avec de l'essence de citron ; antifébrine à la dose de 60 centigrammes ; diète acide et poudre de viande. Dès le deuxième jour du traitement, la température du malade baissait, la toux diminuait et la peau prenait une légère coloration violette. Le malade, remarquant cette amélioration de son état, augmentait à l'insu de l'auteur les doses d'aniline. Bientôt apparurent les symptômes de l'intoxication : vertiges, faiblesse et coloration foncée de la peau ; mais la température restait normale, le pouls battait 70 et le nombre des respirations ne dépassait pas 20 par minute. Quelques respirations d'air ozonisé au moyen de l'essence d'eucalyptus firent disparaître tous les accidents en 24 heures et la couleur de la peau redevint normale. Après un mois de traitement, il y aurait eu *guérison*. HOLSTEIN.

Des modifications apportées par la cure de La Malou à quelques symptômes initiaux de l'ataxie locomotrice, par BELUGOU (*Ann. Soc. Hydrol., t. XXXI*).

1° *Troubles de la sensibilité à douleurs fulgurantes.* — Sur 65 observations, l'influence des eaux a pu être appréciée dans 44 cas, soit plus des 2/3 : 1° l'atténuation d'une première saison, pour arriver à un résultat maximum, et au besoin d'un certain nombre de saisons ; 2° au bout d'un temps variable, les douleurs ont fait leur réapparition pour rétrocéder encore après de nouvelles cures balnéaires.

Hyperesthésie cutanée. L'action primitive est une action d'excitation, d'aggravation des phénomènes ; l'action secondaire est une action calmante, d'atténuation des phénomènes. Suivent les observations en faveur.

2° *Troubles vésicaux et intestinaux, troubles des sphincters.* — Sur 24 cas, l'auteur compte 14 cas de véritable amélioration, 5 cas d'insuccès, 5 cas de succès indécis. Pour les troubles intestinaux, il y a influence favorable de la médication thermale dans les 2/3 des cas, soit 30 fois sur 52. Dans 3 cas, résistance absolue des symptômes.

3° *Troubles des fonctions génitales.* — Dans la première catégorie (dépression des facultés), sur 10 cas, on constate 8 cas favorables, 2 cas négatifs. Dans la 2e catégorie (abolition des facultés), influence nulle de de la médication thermale.

Sur les pertes séminales, la cure de la maladie est des plus favorables ; de même sur tout ce qui est débilité de l'acte vénérien. SÉNAC-LAGRANGE.

I. — Behandlung der Fettleibigkeit (Traitement de l'obésité), par EBSTEIN, HENNEBERG, BAUER, ZUNTZ, MEINERT (*Berliner klinische Wochens., n° 16, p. 255, et n° 17, p. 274, 20 et 27 avril 1885*).

II. — Ueber Oertel's Heilverfahren mittelst Flussigkeitentziehung (Observations sur le traitement d'Œrtel par la suppression des liquides et son influence sur la diurèse), par W. FEILCHENFELD (*Zeitsch. f. klin. Medicin, Band XI, p. 404-436*).

III. — Les dangers des cures de l'obésité, par G. ROSENFELD (*Stutgard*, 1886).

IV. — La dieta carnea nell'obesita generale e parziale, par UGHI (*Rivista clin. di Bol., mars* 1886).

V. — Sur le traitement de l'obésité, par Constantin PAUL (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 *mai* 1886).

VI. — Du traitement de l'obésité par la diète lactée réduite, par LE MENANT DES CHESNAIS (*Le Concours méd., mai* 1887).

I. — Ebstein n'admet dans la cure de l'obésité que l'influence du régime ; tous les médicaments sont inutiles, à commencer par les eaux minérales.

Les prescriptions diététiques doivent satisfaire aux conditions suivantes : 1° n'avoir pour objet que la disparition de la graisse seule et non des autres parties constituantes du corps ; 2° être d'une exécution facile et imposer le moins possible de privations et de sacrifices aux individus qui s'y soumettent ; 3° pouvoir être appliquées, la vie durant.

La méthode propre à Ebstein consiste à ne rien changer à la proportion des aliments azotés et des aliments gras et à restreindre l'usage des substances hydrocarbonées. La physiologie moderne nous apprend

qu'un usage immodéré de l'un quelconque de ces 3 groupes d'aliments peut développer un embonpoint exagéré. Ebstein s'en prévaut pour ne pas limiter la consommation des substances grasses qui ont l'avantage, comme le savait déjà Hippocrate, d'atténuer les sensations de soif et de faim et, partant, d'augmenter le bien-être des malades. Mais il ne va pas non plus jusqu'à accroître la quantité des aliments gras.

En résumé : 1° La cure de Banting est très efficace, mais elle n'est pas rationnelle parce que, sous sa forme rigoureuse, elle n'est fréquemment pas supportée ou peut même devenir dangereuse ;

2° La cure d'Œrtel est parfaitement rationnelle, mais elle est trop dure et trop pénible, à cause du sentiment de soif;

3° La cure d'Ebstein, tout aussi rationnelle, n'a pas les duretés et les inconvénients des autres méthodes ;

4° On doit recourir, avec les précautions nécessaires, aux violents exercices musculaires quand le cœur participe à la surcharge graisseuse ;

5° Les médicaments devront être proscrits et les eaux minérales sont inefficaces.

Henneberg a, dans ses expériences sur les animaux, étudié les conditions de l'engraissement. Les animaux engraissés ne maigrissent point lorsque, tout en les laissant au repos, on diminue même beaucoup la quantité de leur nourriture. Les substances albuminoïdes, tout comme les graisses et les matières hydrocarbonées, peuvent produire l'engraissement. Une alimentation pauvre en substances grasses n'exclut pas non plus l'engraissement. La condition essentielle, c'est la surabondance de nourriture, quelle qu'elle soit. Chez les herbivores, toutes choses égales d'ailleurs, des proportions équivalentes de substances hydrocarbonées favorisent plus l'engraissement que les aliments gras ; chez les carnivores, le fait n'est pas si marqué. Tous les agriculteurs sont d'avis que l'abondance de boisson nuit à l'engraissement.

Bauer se demande si l'atténuation du sentiment de faim qu'il a pu constater dans la cure d'Ebstein ne tient pas à un trouble des fonctions de l'estomac. Il a réussi à faire maigrir beaucoup d'obèses en leur défendant simplement l'usage de la bière, des pommes de terre et du pain.

Zuntz ne comprend pas bien pourquoi Ebstein a jugé nécessaire d'augmenter la proportion des aliments gras. Il comprendrait mieux l'augmentation des aliments hydrocarbonés, parce que, produisant une plus grande quantité d'acide carbonique, ils activent la respiration et partant les combustions. L'ingestion abondante d'eau, pourvu que le cœur et l'appareil circulatoire soient intacts, facilite aussi la disparition de l'obésité en activant le travail des poumons. Quant aux bons effets des eaux minérales, ils s'expliquent physiologiquement par l'alcalinisation du sang. (*R. S. M.*, VIII, 156; IX, 122 et 517; XVI, 508 et XXVI, 78). J. B.

II. — Feilchenfeld a essayé le traitement d'Œrtel dans les affections du cœur, la pleurésie, l'emphysème, le goitre exophtalmique et l'obésité.

1° *Affections du cœur.* Quand les lésions valvulaires sont bien compensées, on observe sur la diurèse les mêmes effets que ceux que l'on obtient sur les sujets à cœur normal. Il y a augmentation relative de la quantité d'urine, c'est-à-dire que l'écart entre cette quantité et la quantité de boissons ingérées devient de moins en moins considérable. La quantité d'urine est même parfois supérieure à celle des boissons. En

comparant cet effet à celui des diurétiques, on constate que, s'il est inférieur à celui de la digitale, il est supérieur à celui de la caféine.

Quand il n'y a pas compensation parfaite, l'effet produit est au contraire nul ou très peu marqué. On n'emploiera donc pas ce traitement qui est toujours fort pénible et reste inférieur aux traitements ordinaires, à la digitale par exemple. Il est vrai que chez ses malades Feilchenfeld n'a pu ajouter à la suppression des boissons la seconde partie du traitement d'Œrtel, les exercices violents par les excursions en montagne. Mais dans les lésions cardiaques graves ce second moyen est-il jamais d'emblée applicable?

2° *Pleurésie.* Augmentation relative de la diurèse, le cœur étant sain, mais sans que la résolution de l'épanchement en fût activée. Il reconnaît d'ailleurs que, chez ses trois malades, la diminution des boissons ne fut pas aussi considérable que dans quelques autres observations.

3° *Emphysème. Goitre exophtalmique.* Le résultat thérapeutique obtenu dans ces affections reste également des plus douteux.

4° *Obésité.* Dans l'obésité, le résultat fut satisfaisant, mais ordinairement il ne fut que momentané, le régime étant très pénible à supporter longtemps dans toute sa rigueur. M. DEBOVE.

III. — Rosenfeld s'élève contre les abus du traitement de l'obésité par la méthode d'Œrtel. Tout en reconnaisant une grande part de vérité dans les vues théoriques et pratiques d'Œrtel et les bons effets de sa méthode, appliquée avec perspicacité et modération, l'auteur, se basant sur 24 observations personnelles, s'attache à nous montrer les mauvais côtés de cette méthode et les dangers qu'elle peut faire courir au malade. Les suites funestes de la méthode d'Œrtel peuvent se manifester par des troubles du côté du cœur, du système nerveux et des reins. Il survient de la dyspnée, des palpitations avec dilatation du cœur, intermittences du pouls et diminution de la sécrétion urinaire. Ces troubles s'observent surtout dans les cas de dégénérescence graisseuse, d'artériosclérose et de lésions valvulaires mal compensées. Par conséquent, toutes ces altérations morbides sont une contre-indication formelle à l'emploi de la méthode d'Œrtel. Les symptômes nerveux sont variés. C'est tantôt de la dyspepsie avec perte absolue des sensations de la faim et de la soif, malgré le peu d'aliments et de boisson que reçoit le malade. Puis ce sont des céphalalgies, des étourdissements, des vertiges, des faiblesse, des symptômes d'aphasie ou d'agoraphobie, des insomnies persistantes. L'auteur pense que tous ces troubles nerveux pourraient être évités, si on permettait aux malades, soumis au traitement d'Œrtel, de boire une plus grande quantité de vin. Mais ce sont surtout les troubles du côté des reins qui présentent un intérêt particulier tant au point de vue des dangers de la méthode d'Œrtel, que par rapport à la pathogénie de l'albuminurie et de la néphrite. Sur 24 malades de l'auteur, traités par la méthode d'Œrtel, 8 devinrent albuminuriques et plusieurs de ces derniers furent frappés de néphrite. Si on prend en considération que ces 8 malades avant le traitement n'avaient pas trace d'affection rénale, on doit convenir que l'albuminurie a été une conséquence du traitement. W. HOLSTEIN.

IV. — La diète carnée exclusive ou à peu près (700 grammes de viande maigre par jour, avec un peu de vin, des œufs et un peu de bouillon) a

été très bien tolérée par les sujets qui l'ont suivie. Dans les 11 cas rapportés par Ughi, elle n'a donné lieu à aucuns troubles; même les dyspeptiques ont vu leurs souffrances diminuer, et quelques-uns ont eu de nouveau de la flatulence, lorsqu'ils ont voulu revenir au régime ordinaire.

Le régime carné produit toujours une notable diminution de poids, avec amélioration de l'état général. Il dissipe notamment l'angoisse et tous les troubles tenant à l'adiposité du cœur et à la faiblesse des muscles respiratoires contre lesquels Œrtel vante spécialement le régime sec. Ughi a noté encore la meilleure coloration du teint et, plusieurs fois, une amélioration dans l'état des fonctions génitales. F. BALZER.

V. — Paul a pu dresser la courbe d'une femme obèse qu'il a suivie pendant dix ans, et qui pratiquait avec une absolue régularité le régime qui lui avait été prescrit. Elle avait maigri de 20 kilogrammes sous la direction de Duval quand elle se remit entre les mains de Paul. Tous les matins, elle se levait à 5 heures, sortait à 7 heures, faisait une course de 3 lieues environ; rentrée à 11 heures, déjeunait d'un bifteck, deux pommes de terre, un peu de fromage, une demi-bouteille de vin léger, une tasse de café et un petit verre de cognac. De 3 à 6 heures, elle sortait en voiture; le soir, elle ne sortait jamais et se couchait à minuit. Les courbes annuelles faites avec des pesées hebdomadaires montrent une ascension régulière de janvier à avril, qu'on arrêtait avec peine avec des purgatifs, puis une chute en mai et une ligne presque horizontale jusqu'en janvier. Dans ces dix années, la malade a vu peu à peu son poids moyen tomber de 164 livres à 154. H. L.

VI. — Deux observations dans lesquelles la diète lactée systématiquement réglée a amené chez deux femmes obèses une rapide diminution de poids. En 4 semaines, la première avait perdu 21 livres et demie, la seconde 16 livres en 3 semaines. A. C.

I. — Les cantharides dans la rage, par LUKOMSKY (*Russkaïa med.*, *n°* 42, 1886).

II. — *Idem*, **par KARTCHEVSKY** (*Rousskaïa med.*, *n°* 37, 1886).

III. — Contribution à la thérapeutique de la rage, par AFONSKY (*Russkaïa med.*, *n°* 24, 1886).

IV. — Traitement de la rage par les cantharides, par LASHKEVITCH (*Russkaïa med.*, *n°* 21, 1886).

V. — Traitement de la rage par le xanthium et les bains russes, par MAKAVEEF (*Russkaïa med.*, *n°* 17, 1886).

I. — En Ukraine, les cantharides sont un remède populaire contre la rage. Il est d'usage de donner à un animal, mordu par un autre animal enragé, une cantharide sèche (divisée en plusieurs parties, selon la taille de l'animal) dans du pain, et de lui faire boire pendant 2 à 3 jours une décoction de genêts à tige ailée (genista sagittalis).

L'auteur a soigné, encore dans ces dernières années, cinq paysans mordus par un loup enragé. Un d'entre eux ne voulut pas se soumettre au traitement par les cantharides, et il mourut de la rage. Les quatre autres furent traités par l'application, sur les morsures, d'un onguent cantharidien et par l'usage externe de deux prises de cantharides à 25 milligrammes, et de 2 prises de

calomel à 5 centigrammes, par jour. Les malades prenaient, en outre, deux verres par jour d'infusion de genêt et de sureau sauvage. L'usage des cantharides était suspendu temporairement à l'apparition d'une sensation de brûlure dans l'urètre pour être continué de nouveau dès que cette sensation se dissipait. Il dura en tout deux semaines. Quant à l'infusion, elle fut bue pendant trois semaines. Tous les quatre paysans échappèrent à la rage. Dans ce dernier temps, l'auteur a encore traité, par le même procédé et avec le même succès, deux cas de morsure par un chien enragé.

II. — Trois hommes, mordus par un loup enragé à la face, au nez et aux mains, furent traités comme dans les cas de Lukomsky et cela pendant une semaine. Sept mois se sont écoulés depuis l'accident, et, jusqu'à présent, tous ces individus se portent parfaitement bien.

III. — Le domestique de l'auteur fut mordu au pied gauche par un chien dont la rage n'était pas douteuse. Le lendemain, cautérisation profonde de la morsure avec l'acide chlorhydrique, prise d'une poudre d'euphorbe et injection hypodermique de 1 centigramme de chlorhydrate de pilocarpine. Le soir du troisième jour, injection de 25 milligrammes de pilocarpine. Le quatrième jour, boisson sodorifique et bain russe. Quatre années se sont passées depuis : le domestique n'a pas été atteint de la rage. W. HOLSTEIN.

IV. — Lashkevitch confirme les faits de Lukomsky et rapporte que chez quatre personnes mordues par un chien enragé, Stultzoff a eu deux guérisons; les deux autres sont mortes.

V. — Relation de sept cas de morsure, quatre par loups, trois par chiens enragés, traités par l'administration de poudre de feuilles de xanthium spinosum (1gr50 par jour) et les bains russes quotidiens. Aucun des sept malades n'a succombé et l'accident remonte à dix, neuf et cinq ans. Deux malades, blessés en même temps (par un loup) et non traités, sont morts de la rage à la troisième semaine. Chez tous ces blessés, il n'y eut pas de cautérisation des plaies. A. C.

HYGIÈNE

Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France, t. XV (1885) (*Paris*, 1886).

Ce volume abonde en documents intéressants, dont nous signalons les principaux.

Maladies pestilentielles exotiques :

1° Afin de faire disparaître autant que possible les entraves imposées au commerce et aux voyageurs, *Proust* propose de diminuer la rigueur des *quarantaines* pour tout vaisseau satisfaisant aux conditions suivantes : 1° présence à bord d'un médecin nommé par l'administration sanitaire; 2° existence d'une étuve à désinfection par la vapeur; 3° accomplissement de mesures d'assainissement et de désinfection au moment du départ et pendant la traversée. Les agents désinfectants recommandés sont, outre l'étuve, l'immersion dans l'eau bouillante, la combustion de soufre, le sulfate de cuivre et le chlorure de chaux en solutions à 2 et 5 0/0, suivant leur destination;

2° Rapport sur les travaux de la *Conférence sanitaire internationale*, tenue à Rome en mai 1885. Les moyens de désinfection préconisés par la conférence de Rome, sont : la vapeur à 100°; l'acide phénique à 2 et 5 0/0, et le chlorure de chaux à 1 et 4 0/0;

3° *Instruction* sur les mesures d'hygiène à prendre contre le *choléra;*

4° Rapport sur les essais de vaccinations cholériques entreprises en Espagne (*R. S. M.*, XXVII, 141).

Désinfection par la chaleur. Il résulte des expériences de *Grancher* et *Gariel*, que l'étuve à air sec et à vapeur *sans* pression de Geneste et Herscher est loin d'avoir un pouvoir désinfectant égal à l'étuve à vapeur *sous* pression des mêmes constructeurs; celle-ci mérite toute confiance.

Hygiène urbaine et rurale :

Pour le *transport des corps à courte distance* (c'est-à-dire inférieure à 200 kilomètres), il suffit, d'après les règlements de police, d'un cercueil en bois de chêne, de 27 millimètres d'épaisseur, avec frettes en fer. Mais, comme ces cercueils laissent souvent échapper des liquides, l'administration des pompes funèbres propose d'en garnir le fond avec une cuvette en carton bitumé ou en tissu caoutchouté qui assurera leur étanchéité. Sur le rapport de *Vallin*, le comité approuve ce projet, à condition qu'il ne dispense pas de l'emploi des mélanges pulvérulents, à la fois désinfectants et absorbants, prescrits par l'instruction du 1er mai 1860.

Boues et ordures ménagères. Leur transport hors des villes est un problème très complexe, dont le rapport de *du Mesnil* fait ressortir toutes les difficultés. Il s'agit, en effet, de matières très encombrantes (1 million de mètres cubes par an pour Paris), et coûtant beaucoup plus qu'elles ne valent. D'autre part, il s'agit de concilier des intérêts contradictoires : celui des villes d'être promptement débarrassées de leurs détritus; celui de l'agriculture qui les utilise; enfin celui des localités qui, recevant ces matières dans leurs gares, sont infectées par les émanations qui s'en dégagent.

Puisards. Projet de réglementation par *Richard.*

Logements insalubres. Projet de révision de la loi du 13 avril 1850, rédigé par *Martin.*

Eaux potables :

L'article du décret du 30 septembre 1884, qui a mis au nombre des attributions du comité consultatif les questions concernant les eaux potables, n'est pas resté lettre morte. Dès la première année, le comité a donné son avis sur cinquante-six projets. Le volume actuel contient des rapports de *Bergeron* sur des projets relatifs aux villes de Crèil, Nogent-le-Rotrou, Epinal, Villefranche et Bastia; et de *Vallin*, pour Chambéry et Morlaix.

Il est à croire que les dernières épidémies cholériques n'ont pas été complètement étrangères à ce souci des municipalités d'améliorer la qualité des eaux d'alimentation.

Pour faciliter ses décisions, le comité a chargé *G. Pouchet* de rédiger une instruction relative aux conditions d'analyse des eaux potables; une circulaire ministérielle en prescrit l'adoption par les municipalités.

Boissons et aliments :

1° *Alcool.* Le conseil de salubrité de la Loire-Inférieure s'étant plaint de la mauvaise qualité des eaux-de-vie, dites de dédoublement, c'est-à-

dire faites avec des alcools industriels, *Grimaux* répond que, la production de l'eau-de-vie de vin étant devenue insuffisante, on ne saurait empêcher l'emploi des alcools industriels. Il n'est pas davantage possible de déterminer les conditions que devraient présenter les eaux-de-vie de consommation, ni de leur assigner un type de pureté. Outre que la recherche de l'alcool amylique offre, dans la pratique, de grandes difficultés, les eaux-de-vie de marc en renferment souvent une bien plus grande proportion que les alcools industriels. En résumé, s'il est vrai que les eaux-de-vie de dédoublement présentent des dangers pour la santé, les hygiénistes et les pouvoirs publics n'ont aucun moyen d'y porter remède.

2° *Plâtrage des vins.* On trouvera dans le rapport de *Richard*, qui conclut au maintien de la circulaire ministérielle du 27 juillet 1880, fixant à 2 grammes, par litre de vin, la proportion de sulfate de potasse tolérée, tous les détails de l'enquête prescrite à la suite des réclamations des commerçants;

3° *Appareils à pression pour la bière.* Les appareils à pression d'air en usage jusqu'ici (*R. S. M.*, XIX, 113), ont, entre autres inconvénients majeurs, l'emploi d'un air souvent impur et la formation de dépôts putrescibles dans les conduits. Les appareils de Raydt, basés sur l'emploi de l'acide carbonique liquide, leur sont très supérieurs ; aussi le comité consultatif, imitant le conseil de salubrité de la Seine, en autorise-t-il l'usage, à la condition, insérée par *Grimaux*, que les bouteilles contenant l'acide carbonique liquéfié et le réservoir seront renfermés dans une chambre ventilée et non habitée. On ne les placera ni dans les caves dont l'aérage est presque toujours insuffisant, ni dans la salle de débit, à cause des fuites possibles.

4° *Salicylage des substances alimentaires.* C'est pour la cinquième fois déjà (*R. S. M.*, XXI, 533 et XXV, 151) que cette question revient devant le comité qui demeure inébranlable dans son interdiction; le rapport de *Dubrisay* réfute un à un les arguments adverses.

5° *Conservation des substances alimentaires au moyen du borax. Pouchet* conclut à la tolérer jusqu'à plus ample informé.

6° *Emploi de la vaseline et autres produits similaires dans la fabrication des gâteaux.* Une circulaire ministérielle du 10 juillet 1885 l'interdit, sur l'avis du comité consultatif, pour deux raisons : 1° la vaseline n'étant pas susceptible de rancir, le consommateur n'est pas averti par l'odorat de l'ancienneté du gâteau dont la farine et les œufs peuvent avoir déjà subi un commencement d'altération ; 2° la vaseline n'est pas un aliment, comme le beurre ou la graisse auxquels on la substitue.

7° *Morues rouges.* — La *R. S. M.*, XXIX, 90 a signalé les accidents occasionnés par l'ingestion de la chair de morue, dite *rouge*. Sur un rapport de *Pouchet*, le comité demande que l'entrée en France de ces morues soit interdite. J. B.

Die Sterblichkeit der Stadt Budapest in den Jahren 1876-1881 und deren Ursachen (Mortalité de Buda-Pesth de 1876 à 1881), par Josef KÖRÖSI (*Berlin*, 1885).

Ce volume est le dix-huitième de la série d'importantes publications faites par le bureau de statistique municipale de Buda-Pesth. Cet ouvrage

renferme 330 pages, et des tableaux numériques presque à chacune d'elles. Pesth, par sa réunion à Ofen (1874), compte une population de 420,000 habitants.

Depuis 1874, le coefficient de mortalité générale va sans cesse baissant; en dix ans, il est descendu de 44,9 à 29,9 pour mille.

Pour 100 décès d'hommes, on trouve seulement 83 décès de femmes, bien que, d'après le dernier recensement (1881), l'élément féminin prédomine de 7 0/0 dans la population.

Le nombre des suicidés va toujours croissant. Buda-Pesth présente près de 40 suicides par 100,000 habitants. La proportion des suicidés, relativement aux vivants de même âge, augmente d'une façon continue à partir de 40 ans.

Depuis 1872, l'âge moyen des décédés au-dessus de 5 ans s'est accrû de plus de 2 ans pour les femmes, et de 5 ans pour les hommes. La durée moyenne de la vie est de 3 ans et demi plus longue sur la rive droite du Danube (Ofen) que sur la rive gauche (Pesth).

Comme partout, c'est la tuberculose qui occasionne le plus de décès : plus de 23 0/0 de l'ensemble des décès et un tiers des décès au-dessus de 5 ans. La pneumonie, également assez meurtrière, cause le onzième de la totalité des morts.

Bien que la vaccination soit obligatoire, année moyenne, la variole occasionne 124 décès par 100,000 habitants; les deux tiers de ces victimes sont des enfants au-dessous de 5 ans. La variole est moitié plus fréquente, la scarlatine un cinquième plus commune à Ofen ; au contraire, la rougeole sévit un peu plus à Pesth. Pour la rougeole, les neuf dixièmes des décès sont ceux d'enfants au-dessous de 5 ans.

La mortalité infantile, qui, avec la tuberculose, constitue l'élément principal de la mortalité générale, va en diminuant; les morts au-dessous de 5 ans forment 48,39 0/0 de la totalité des décès. On compte plus de décès d'enfants pendant le premier mois de la vie que durant toute la deuxième année de l'existence. La mortalité infantile d'Ofen dépasse de 12 0/0 celle des quartiers de la rive gauche.

La mortinatalité, plus fréquente chez les garçons, a son maximum en décembre, et son minimum en juillet.

Les avortements, également plus communs pour les fœtus masculins, ont leur maximum en hiver et leur minimum en automne ; ils s'observent plus souvent chez les Israélites que dans les autres confessions. J. B.

I. — Prüfung des Desinfections-Apparats der Stadt Düsseldorf (L'étuve à désinfection de la ville de Dusseldorf), par FLEISCHAUER et MITTENZWEIG (*Viertelj. f. gericht. Med. XIV, p.* 120).

II. — Bemerkungen über den für die Stadt Dusseldorf bestimmten Desinfection-Apparat, par MERKE (*Idem, p.* 145).

III. — Die erste œffentliche Desinfections-Anstalt der Stadt Berlin (La première étuve publique de désinfection de la ville de Berlin), par H. MERKE (*Viertelj. f. gerichtl. Med. XLV, p.* 137).

IV. — Desinfections-Versuche in den Apparaten der ersten œffentlichen Desinfections-Anstalt der Stadt Berlin (Expériences sur l'étuve berlinoise), par Paul GUTTMANN (*Idem, p.* 161).

V. — Mittheilungen aus dern Barmer-krankenhause (Applications de la vapeur et de l'air comprimé à l'hôpital de Barmen), par L. HEUSNER (*Berlin. klin. Woch.*, 36, *p.* 956, 6 *septembre* 1886).

I. — Il résulte des expériences faites par Fleischhauer et Mittenzweig dans l'étuve de Dusseldorf, que, pour être absolument sûr que toutes les spores (y compris celles de la terre de jardin) soient stérilisées, il faut que la désinfection dure au moins cinq quarts d'heure, et que, pendant la dernière demi-heure, la température de l'intérieur de l'appareil se maintienne au moins entre 130° et 140°. En résumé, les traits distinctifs de l'étuve Walz et Windscheidt sont qu'on y fait pénétrer la vapeur par le haut, avec l'espoir de mieux assurer l'uniformité de température dans toutes les parties de l'appareil; que l'air et la vapeur refroidie peuvent s'échapper par le bas de l'appareil.

II. — Merke trouve que l'étuve de Dusseldorf ne présente aucun avantage sur les types précédemment en usage et a de multiples inconvénients.

La seule différence essentielle, c'est le lieu de production de la vapeur. Ordinairement, il y a un générateur spécial, et la vapeur arrive dans l'étuve à la température convenable à son emploi, tandis qu'à Dusseldorf le chauffage de la vapeur a lieu dans l'étuve même, par l'action de l'air surchauffé d'une température d'environ 150°.

III et IV. — Il résulte des expériences faites par Merke et Guttmann sur l'étuve de désinfection de Berlin, avant l'ouverture de l'établissement au public, qu'il suffit de faire arriver durant une demi-heure dans l'étuve de la vapeur, pour obtenir, à l'intérieur des objets qu'on y a déposés, une température dépassant 100°; en même temps, on constate la destruction des spores les plus résistantes (bactéridies charbonneuses, terre de jardin) et des bacilles cholériques.

Ces expériences ont également appris que le thermomètre électrique ne donne pas des renseignements sûrs, et qu'il faut toujours placer à côté un thermomètre à maxima.

Enfin, elles ont montré que la forme cubique adoptée pour les étuves, tout en étant plus commode que la forme cylindrique, au point de vue de l'utilisation de la place disponible, parce qu'elle s'adapte mieux à la configuration des meubles, bois de lit, sommiers, etc., ne laisse rien à désirer au point de vue de l'égale répartition de la température. En effet, 10 thermomètres fixés en divers points et recoins de l'appareil n'accusaient qu'une différence de 1° au plus; seuls, les 3 placés immédiatement au-dessus de l'entrée de la vapeur marquent des températures de 106° à 111°, au lieu de 103° et 104°.

V. — 1° *Désinfection des vêtements et de la literie.* Elle s'opère au moyen de la vapeur d'eau, dans une grande cuve en bois fermant bien et servant en temps ordinaire à la lessive. A une hauteur de main au-dessus du fond, se trouve un second plancher en bois criblé de trous. La vapeur est amenée dans l'espace compris entre les deux fonds, où se rassemble également l'eau de condensation, qui peut être évacuée par un robinet. Les effets et le linge de lit des malades sont empaquetés dans des draps, et soumis, une heure durant, dans la cuve à l'action de la vapeur bouillante. On les retire très peu mouillés. Dans cet appareil,

au bout d'un quart d'heure, on obtient déjà la température de 110° C. au sein d'un matelas plié.

2° *Désinfection des instruments et des mains.* Au lieu du sublimé, qui enlève le poli métallique, on se sert, à l'hôpital de Barmen, d'une solution de soude à 5 0/0.

Dans les crachoirs des phtisiques, on met une solution phéniquée à 5 0/0.

L'auteur décrit ensuite les étuves sèches et à vapeur et l'emploi de l'air comprimé pour les pulvérisations dans les salles, notamment dans les salles de trachéotomies, où l'on entretient un brouillard phéniqué à 1/2 0/0. Heusner croit pouvoir attribuer à cette installation une partie des succès de l'an dernier, 10 guérisons sur 19 cas de trachéotomie pour croup. J. B.

Le service municipal de la préservation de la variole à Bordeaux, par A. LAYET (*Revue d'hyg. et police sanit., VIII,* 759, *septembre* 1886).

Les expériences de Layet lui ont appris les faits suivants :

L'immunité est acquise chez les génisses dans le courant du sixième jour qui suit la vaccination. Les boutons de seconde inoculation évoluent normalement comme les premiers, avec cette différence qu'ils semblent acquérir plus rapidement leur état de parfaite virulence. Layet, en effet, a utilisé avec succès le *revaccin* du quatrième jour pour des vaccinations de génisses, des vaccinations d'enfants et des revaccinations d'adultes.

L'auto-inoculation des génisses est possible pendant la période de développement des pustules vaccinales, jusqu'au moment où l'immunité est acquise.

Dès le troisième jour après l'inoculation première, la pénétration du virus dans l'économie a déjà eu lieu et ne saurait être arrêtée par la destruction complète des boutons vaccinaux.

Chez les enfants, comme chez les génisses, l'immunité n'est pas toujours acquise, alors que les pustules vaccinales sont déjà susceptibles d'être utilisées avec succès.

L'immunité est plus tardive chez l'enfant (7 jours pleins) que chez la génisse.

Des personnes réfractaires au vaccin de génisse ne le sont pas au vaccin ayant passé par l'organisme d'un enfant. D'autres, réfractaires au vaccin cultivé sur la génisse, à ce vaccin humanisé sur un enfant qui leur est étranger, ne le sont plus au vaccin humanisé sur leur propre enfant.

Le cowpox cultivé sur des génisses par transmissions successives s'affaiblit fatalement quand il n'est pas régulièrement transmis au cinquième jour plein de son évolution. Dans ce dernier cas, il peut être cultivé presque indéfiniment dans toute sa virulence préservatrice.

Chez des écoliers vaccinés avec succès dans la petite enfance, les revaccinations peuvent déjà donner, à partir de six ans, 38 0/0 de succès.

D'une manière générale, chez l'enfant, la durée de l'immunité est moins grande que chez l'adulte. Il y a une sorte de relation étroite entre la persistance des modifications organiques qui provoquent l'immunité et le mouvement de rénovation moléculaire de nos tissus. Dans la période

de développement du corps, c'est-à-dire pendant l'enfance et l'adolescence, ce mouvement est plus rapide, d'où disparition plus prompte des modifications imprimées à l'économie par l'imprégnation vaccinale. J. B.

Note sur les vaccinations et revaccinations à Poitiers, en 1886, par JABLONSKI (*Revue d'hygiène et police sanit.*, *VIII*, 1044, *décembre* 1886).

Jablonski a vacciné ou revacciné 1303 individus avec le vaccin humain et 86 avec le vaccin de génisse. Ce dernier n'a servi qu'à des revaccinations et n'a donné que 20 0/0 de succès ; l'inoculation était faite au moyen de 3 piqûres.

Quant aux personnes inoculées avec le vaccin humain, le résultat n'a été connu que pour 1,068 d'entre elles, à savoir :

58	âgées de moins de 5 ans et n'ayant jamais été vaccinées, qui ont fourni	57	succès.
66	âgées de 5 à 10 ans et déjà *vaccinées*, qui ont fourni	11	»
615	» de 10 à 20 ans, vaccinées dans leur enfance, qui ont fourni	323	»
75	âgées de 20 à 40 ans, vaccinées dans leur enfance, qui ont fourni	37	»
31	âgées de 40 à 70 ans, vaccinées dans leur enfance, qui ont fourni	15	»
125	âgées de 10 à 20 ans, déjà *revaccinées*, qui ont fourni	35	»
56	» de 20 à 40 ans, — —	12	»
42	» de 40 à 70 ans, — —	11	»

Les revaccinations pratiquées avec le vaccin humain ont donné en bloc 43 succès pour 100 inoculations. Chez les individus âgés de plus de 10 ans et qui n'avaient été vaccinés qu'une seule fois, elles ont donné une moyenne de 50 succès pour 100 ; au contraire, chez ceux qui avaient déjà été revaccinés, elles n'ont donné que 25 0/0 de succès. Enfin, sur les individus âgés de moins de 13 ans et vaccinés déjà dans leur enfance, la moyenne n'a été que de 16 0/0.

Les succès des revaccinations sont surtout remarquables de 12 à 25 ans ; dès lors l'aptitude à contracter la vaccine semble diminuer. Jablonski a cru également remarquer que la vaccine s'inocule plus facilement aux personnes du sexe féminin.

Il a obtenu presque autant de succès avec le vaccin pris sur des adolescents revaccinés qu'avec celui pris sur des enfants inoculés pour la première fois.

Le vaccin sous plaques de l'Académie donne très peu de succès, comparativement au vaccin en tubes de la même provenance.

L'auteur a vu la vaccine et la variole évoluer simultanément sur la même personne dans des circonstances intéressantes, car il s'agissait d'une vaccinifère.

Cette jeune fille, inoculée le 20 octobre, fournit, le 28, du vaccin pour 56 autres personnes du même établissement où régnait la variole. Le 29, elle tomba malade, et le 3 novembre on constata une variole confluente au 6e jour de l'éruption. Aucune des 56 jeunes filles vaccinées sur ce sujet n'eut la variole et plusieurs eurent de belles pustules vaccinales. Quant à la vaccinifère, son vaccin évolua normalement ; à partir du 14e jour, les boutons de vaccine

étaient entourés d'un cercle confluent de pustules varioliques qui se réunirent aux pustules vaccinales pour former des foyers de suppuration auxquels succédèrent des croûtes énormes ; mais le vaccin ne parut avoir aucune autre influence sur la marche de l'affection, qui se termina favorablement. J. B.

Étude expérimentale sur la contagion, par CHARRIN (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *VIII*, 922, *novembre* 1886).

De ses expériences faites avec le bacille du pus bleu, l'auteur conclut :

La surface d'une nappe d'eau contaminée, lorsqu'elle est agitée, cède plus aisément à l'air les germes qu'elle contient.

Un courant d'air ascensionnel passant dans un tube vertical (comparable, dans une certaine mesure, à un tuyau de descente de cabinet d'aisances) est capable, dans des conditions déterminées, d'entraîner les germes fixés sur les parois, surtout s'ils sont à l'état de poussières.

L'eau peut renfermer plus ou moins longtemps un microbe, sans offrir toujours des signes extérieurs de la vie de ce microbe ; le microbe peut y vivre d'une façon latente, la vie et la fonction s'y dissocier.

Il serait urgent, en temps d'épidémie, vu les pratiques usitées, de savoir si le sec ou l'humide peuvent atténuer les bactéries pathogènes (la sécheresse atténue assez fortement le bacille du pus bleu).

La culture, la germination des végétaux supérieurs, n'influent pas sur la vitalité de tous les micro-organismes.

Certaines terres (sable) laissent diffuser tels agents infectieux avec une grande facilité. J. B.

Experiments in filtration, par T.-Hatfield WALKER (*Sanitary Record*, *n°* 348, *p.* 113, *septembre* 1886).

En commençant ses expériences, Walker avait un double but en vue : 1° se rendre compte de la valeur des diverses substances servant à filtrer l'eau ; 2° comparer l'épreuve bactériologique des eaux avec leur analyse chimique. Les expériences ont porté sur le charbon animal, le coke, le charbon en blocs, le charbon ayant subi une préparation spéciale et disposé en couches (filtre de Mawson et Swan), le fer spongieux (filtre de Bischof), le fer et la chaux.

Le premier résultat auquel est arrivé Walker, c'est que la substance filtrante qui s'oppose le plus longtemps au passage des bactéries, ou qui ne permet le passage que du plus petit nombre de micro-organismes, peut très bien n'être pas celle qui retient le mieux les matières organiques et vice versa. C'est ainsi que l'eau filtrée à travers le coke donne en culture le chiffre le plus faible de colonies bactériennes, et conserve cette propriété le plus longtemps, tandis que l'analyse y révèle la présence d'une proportion considérable de substance organique.

Le fer spongieux, qui donne aussi de bons résultats à l'épreuve biologique, est loin de dépouiller l'eau de sa matière organique aussi parfaitement que les filtres de charbon animal.

En conséquence, l'examen biologique des eaux est à lui seul insuffisant et n'acquiert toute sa valeur que lorsqu'on le combine avec l'analyse chimique. La réciproque est tout aussi vraie. Une eau tourbeuse qui ne donne naissance, dans les cultures, qu'à 16 colonies de bactéries liquéfiant la gélatine, renferme cependant 18 milligrammes d'ammoniaque albu-

minoïde par litre. D'autre part, de l'eau distillée à laquelle on ajoute un peu d'eau d'égout produit de si nombreuses colonies, que la liquéfaction de la gélatine est complète dès le 3e jour, tandis que l'eau ne contient que 08 milligrammes d'ammoniaque albuminoïde. Si l'on s'en était tenu seulement aux résultats de l'analyse chimique, on eût accepté celle-ci et condamné l'eau tourbeuse quoique bonne.

Le filtre de Mawson et Swan retient la totalité des carbonates de chaux et de magnésie, ainsi que le plomb et le fer que les eaux peuvent contenir.

De toutes les substances filtrantes expérimentées, c'est le charbon animal qui a donné les résultats les meilleurs. Le fer et la chaux ont donné des résultats se rapprochant de ceux du coke ; les blocs de charbon perdent rapidement leur pouvoir filtrant. J. B.

On bacteria in ice and their relations to diseases... (Des bactéries dans la glace, leur influence sur les maladies, particulièrement en ce qui regarde la consommation de la glace à New-York), par Mitchell PRUDDEN (*New York Acad. of med.*, 17 *mars*, *et Med. Record.*, 26 *mars* 1887).

Prudden étudie d'abord la teneur en bactéries de l'eau d'alimentation fournie à New-York par la rivière Croton; cette eau contient de 57 à 1,950 bactéries, la moyenne de 32 analyses étant de 243. Il est juste de dire que la plupart de ces microorganismes n'ont pas d'action nocive.

Passant à l'étude de la glace fournie à la ville, Prudden a constaté que si la congélation amène la mort du plus grand nombre des bactéries, il en subsiste encore un grand nombre. Citons quelques chiffres, se rapportant à 1 centimètre cube d'eau, les cultures étant faites, suivant les espèces, sur l'agar ou la gélatine.

Pour le bacillus prodigiosus, on note avant la congélation de l'eau 6,300 bacilles; après huit jours de congélation, 2,970; après 15 jours, 0.

Pour le proteus vulgaris, 8,320 avant la congélation; après 18 jours, 88; après 51 jours, 0.

Pour un bacille grêle fluidifiant extrait de l'eau de Croton, avant la congélation, 800,000; après 7 jours de congélation, 0; après 18, après 38 jours, etc., 0.

Ce bacille, que la congélation artificielle détruit rapidement, se trouve en quantités considérables dans la glace naturelle prise à diverses sources.

Pour le staphylococcus aureus : avant la congélation, innombrables; après 18 jours, 224,598; après 54 jours, 34,320; après 66 jours, 49,280.

Pour le bacilles fluorescent (eau de l'Hudson), avant la congélation, innombrables; après 4 jours, 571,560; après 11 jours, 520,520; après 51 jours, 183,040; après 65 jours, 10,978; après 77 jours, 85,008.

Pour le bacille typhique : avant la congélation, innombrables; après 27 jours, 336,457; après 77 jours, 72,930; après 103 jours, 7,348. Dans une autre expérience sur la gélatine active, à peu près mêmes résultats. Le bacille typhique était encore abondant après une congélation de plusieurs mois. Le staphylococcus résiste également. Pour les détruire tout à fait, il faut que l'eau soit soumise à des alternatives de congélation et de dégel.

Des expériences faites dans ce sens ont donné les résultats suivants :

CONGÉLATION SEULE.		CONGÉLATION ET DÉGEL.	
Bacille typhique :	Nombre de bacilles	Nombre d'alternatives	Nombre de bacilles
Avant congélation.....	40,896	»	»
Congélation pendant 24 heures.	29,780	3	90
— — 3 jours..	1,800	5	0
— — 4 jours..	950	6	0
— — 5 jours..	2,490	6	0
Staphylococcus aureus :			
Avant congélation.....	111,782	»	»
Congélation pendant 2 heures.	21,300	»	»
— — 24 heures.	22.690	1	13,495
— — 48 heures.	6,460	3	110
— — 96 heures.	6,155	4	0

D'après ces expériences, dont je ne résume que les principales, l'action du froid fait périr un certain nombre de bactéries, diminue l'activité des autres ; mais il suffit de conditions favorables de température et de nutrition pour voir renaître leur vitalité première. Après la congélation et le dégel successifs, la destruction des bactéries est complète.

Dans la glace retirée des rivières de Croton, de l'Hudson et de l'étang de Van Cortland, le nombre des bactéries est fort réduit, mais il n'y a pas une destruction totale. Pour ce qui regarde la glace fournie à New-York, cette glace provient presque exclusivement de la rivière de l'Hudson et des lacs et étangs avoisinants. Les glacières qui approvisionnent la ville emmagasinent jusqu'à 3 millions de tonnes. Or, les analyses, au nombre de 300, portant sur des échantillons de glace de ces différentes provenances, ont donné comme moyenne le chiffre de 2,033 bactéries. L'analyse varie suivant qu'il s'agit de glace claire, transparente ou de glace neigeuse, opaque, qui en contient 17 fois plus que la première. Parmi ces bactéries, un très grand nombre sont sans danger; mais on y rencontre le bacille typhique et le microorganisme de la suppuration, de la pyémie. Ces deux formes résistent à la température de la congélation et Prudden montre que leur présence est due au rejet des déjections directement à la rivière, sans désinfection préalable, comme à Albany. La source d'infection, à ce point de vue, de la rivière de l'Hudson serait cette dernière ville.

Comme conclusion à cette étude expérimentale, Prudden propose la surveillance de la récolte et de la distribution de la glace par le bureau de santé, et l'avertissement aux consommateurs d'user de glace artificielle de préférence à cette glace naturelle. A. CARTAZ.

Ueber den Bakteriengehalt des Eises (La glace au point de vue de sa richesse en bactéries), par C. FRAENKEL (*Zeitsch. f. Hyg., Band I, Heft* 2).

La glace artificielle fabriquée avec de l'eau distillée ne contient presque pas de bactéries; faite avec de l'eau de source, elle est à peu près aussi riche en microbes que la glace naturelle. Celle-ci renferme par centimètre cube d'eau un nombre de bactéries qui varie entre quelques centaines et plusieurs milliers. Si les chiffres donnés antérieurement par Bischoff sont plus élevés, cela tient à ce que cet observateur n'ense-

mençant pas immédiatement l'eau de fusion, les germes avaient le temps de s'y multplier.

Suit une série de déductions hygiéniques et thérapeutiques.

A. CHAUFFARD.

I. — Les lavoirs publics à Paris, par GÉRARDIN (*Revue d'hygiène et police sanitaire, VIII*, 18).

II. — De la richesse en bactéries des eaux d'essangeage, par MIQUEL (*Ibidem, VIII*, 388).

I. — Paris possède 420 lavoirs, dont 392 répartis dans la ville et 28 sur la Seine ou le canal Saint-Martin.

Chaque lavoir a à la fois de l'eau de la Ville et de l'eau de puits. Dans les quartiers du centre, celle-ci est trop souillée pour servir à rincer le linge. La quantité d'eau consommée varie du simple au quadruple. Dans les établissements bien tenus, on peut l'évaluer quotidiennement à 110 mètres cubes par 100 places pour une quantité de linge s'élevant à 5 mètres cubes, qui est la moyenne. Il faut en effet pour laver le linge un volume d'eau égal à 22 fois le volume du linge. Si on en emploie moins, l'eau chassée par l'essoreuse est trouble.

L'altération des eaux provenant des lavoirs correspond au 4e type de la classification de Gérardin, c'est-à-dire au règne exclusif des algues blanches de la famille des hyphéothrix et à la présence de 3 centimètres cubes d'oxygène dissous dans chaque litre d'eau. Autrement dit, c'est le degré d'altération que présente la Seine à Argenteuil après sa contamination par les égouts.

Sur les 22 bateaux-lavoirs de la Seine, la moyenne des places est de 110 par bateau ; les laveuses ont plus d'espace à leur disposition, un cube d'air et une quantité d'eau illimités. Les séchoirs et essoreuses des bateaux-lavoirs sont toujours en activité.

Sur toute la longueur des bateaux, on voit des hyphéothrix adhérentes à leur coque ; mais l'altération de la Seine est insensible tant à l'analyse oxymétrique qu'au microscope, car les 2,772 mètres cubes d'eau souillée par le linge se trouvent mélangés avec les vingt millions qui constituent le débit quotidien du fleuve, soit une dilution au sept millième. J. B.

II. — Miquel a prélevé dans des lavoirs des rues de la Bûcherie, Galande et de Poissy une douzaine d'échantillons d'eau des baquets où l'on passe le linge avant de le lessiver ; voici le résultat auquel il est arrivé : tandis que l'eau de la Ville destinée à l'essangeage ne contient que 2,700 germes de bactéries par centimètre cube, on en trouve en moyenne 26 millions dans l'eau qui a servi à cette opération.

Comme termes de comparaison, l'eau des drains des irrigations de Gennevilliers à l'eau d'égout ne contient que 12 bactéries par centimètre cube et celle du collecteur de Clichy lui-même seulement 6 millions.

Les organismes les plus communs dans les eaux d'essangeage sont les micrococcus prodigiosus, micrococcus rosaceus, micrococcus tetragonus, etc.; les sarcina alba et sarcina lutea ; les bacillus subtilis, ulma, fluorescens, cyanogeneus, saprogenus; les bacterium termo, linolea, fœtidum, acruginosum et une infinité d'autres organismes non déterminés.

Miquel a inoculé à des cobayes 18 des microbes qui lui étaient le

moins familiers. Les 6 provenant de l'eau de la Ville n'ont entraîné aucun accident ; des 12 appartenant aux eaux d'essangeage, 2 seulement ont présenté une virulence de force inégale. Il y aurait donc par centimètre cube d'eau d'essangeage de 1 à 2 millions de germes virulents. J. B.

De l'emploi de l'acide salicylique et de ses dérivés dans les substances alimentaires (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 2e *série*, *t. XVII*, *n*° 4).

Voici les conclusions adoptées par l'Académie :

1° Il est établi par l'observation médicale que des doses faibles, mais journalières et prolongées, d'acide salicylique ou de ses dérivés peuvent déterminer des troubles notables de la santé chez certains sujets impressionnables à ce médicament, chez les personnes âgées, chez celles qui n'ont plus l'intégrité parfaite de l'appareil rénal ou des fonctions digestives ;

2° En conséquence, l'addition de l'acide salicylique et de ses dérivés, même à doses faibles, dans les aliments solides et liquides ne saurait être autorisée. GASTON DECAINES.

La question du vinage, par E. VALLIN (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *VIII*, 633, *août* 1886).

Vallin a proposé à l'Académie les conclusions suivantes, qui ont été adoptées avec quelques modifications :

1° Les esprits destinés aux boissons alcooliques doivent être absolument purs ;

2° Le vinage ne peut être toléré, au point de vue de l'hygiène, qu'à la condition de ne pas élever le titre alcoolique du vin de plus de deux degrés, et de ne pas en élever le titre total au delà de douze. Il va de soi qu'il ne peut être fait qu'avec des alcools absolument purs ;

3° L'entrée en France des vins suralcoolisés étant une source de dangers pour la santé publique, l'Académie recommande la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ;

4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. J. B.

Note sur les effets physiologiques de deux colorants rouges azoïques très employés pour colorer les substances alimentaires, par ARLOING et CAZENEUVE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *XVII*, *n*° 15).

Reprenant l'étude du rouge de roccelline et du rouge Bordeaux B (rouge solide), les auteurs ont opéré sur un type commercial très consommé, mélange des deux colorants dans la proportion de deux tiers du premier pour un tiers du second.

Ils ont constaté d'abord que, pour obtenir des effets toxiques par injection dans le torrent circulatoire, il faut recourir à de très hautes doses. C'est ainsi qu'un chien de 6 kilos a pu recevoir dans le sang, sans périr au cours de l'expérience, jusqu'à 18 grammes de colorant en dissolution dans une solution de sel marin à 7 pour 1000.

A ces doses élevées, la circulation et la respiration sont profondément modifiées. Le cœur est considérablement affaibli, les capillaires sanguins sont paralysés, les forces inspiratrices presque anéanties. C'est le cœur

qui est frappé en dernier lieu, mais il succombe le premier, et c'est par arrêt de la circulation que meurt l'animal saturé de colorant.

Ingéré par le tube digestif à des doses relativement élevées, le colorant n'a aucun effet nuisible. C'est ainsi qu'un porc, du poids de 35 kilogrammes 700 grammes, a pris, en 145 jours, 725 grammes de colorant, soit 5 grammes par jour avec sa nourriture, sans inconvénient. A la fin de l'expérience, l'animal pesait 62 kilogrammes, et l'autopsie n'a révélé chez lui aucune altération viscérale. Résultats analogues sur le chien.

La conclusion des auteurs est qu'il convient d'établir une distinction entre les colorants dérivés de la houille, et qui sont les uns très nuisibles, les autres absolument inoffensifs. Les uns peuvent être la source d'accidents graves lorsqu'on les mélange aux denrées alimentaires ; les autres, au contraire, n'offrent aucun inconvénient. GASTON DECAISNE.

Influence du temps sur la transformation des colorants de la houille au sein des vins, par CAZENEUVE (*Lyon méd.*, 5 *décembre* 1886).

Les principaux colorants de la houille employés pour les vins, sulfo-conjugué de fuchsine, rouge de Bordeaux, etc., peuvent persister de longues années dans les vins au point d'être retrouvés intacts à l'analyse.

Les modifications chimiques que subissent les vins, entre autres le dépouillement dans les vins nouveaux, amènent la précipitation d'une portion plus ou moins grande de colorant artificiel.

Les maladies que subissent les vins sous l'influence des microphytes (mycoderma vini, aceti) amènent assez rapidement la disparition des colorants.

On n'a pas à se préoccuper, au point de vue toxicologique et hygiénique, des modifications subies par le vin coloré ainsi artificiellement. Le colorant devient insoluble dans les lies, et se soustrait ainsi à l'absorption. Si les modifications chimiques sont profondes, le vin est imbuvable ; il est tourné et putréfié. A. C.

Recherches expérimentales sur la valeur nutritive des poudres de viande, par L. POINCARÉ (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série, XV, p.* 213).

D'expériences faites sur 3 chiens, l'auteur conclut :

La poudre de bifteck possède un pouvoir nutritif supérieur à celui du pain, même accompagné de bouillon, mais inférieur à celui de la viande fraîche. Elle ne saurait être regardée comme un aliment réellement doué de propriétés reconstituantes exceptionnelles et capable de nourrir sous un plus petit volume que la viande fraîche.

Chez les chiens, en particulier, elle ne saurait rendre inutile l'ingestion de fragments d'os. Elle peut même troubler l'appareil digestif, à la manière des aliments putréfiés.

Elle ne doit trouver son application rationnelle que lorsque les ressources naturelles font défaut, ou lorsqu'un état morbide rend difficile leur mise à profit ; ce ne doit jamais être qu'un pis-aller. J. B.

La kératite infectieuse des dévaseurs, par A. LAYET (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, *VIII*, 702).

L'auteur a eu l'occasion d'observer chez les ouvriers dragueurs du port

de Bordeaux une ophtalmie causée par les boues vaseuses de la Garonne. Cette affection se présente sous deux formes : 1° conjonctivite catarrhale ou mucopurulente ; 2° kératite infectieuse. Dans cette dernière, la lésion initiale de la cornée est le résultat de la projection dans l'œil de particules métalliques provenant des pièces de la drague.

Layet s'est en effet assuré par des expériences sur un chien que les vases, sableuses ou boueuses, plus ou moins riches en matières organiques et micro-organismes, n'agissent par elles-mêmes que sur la conjonctive quand la cornée est intacte; dans le cas contraire, elles impriment un caractère envahissant à l'érosion traumatique de la cornée.

Par son mécanisme, la kératite infectieuse des dévaseurs ressemble beaucoup à celle qu'on a observée chez les nettoyeurs de coquilles d'huîtres. Chez ces derniers, l'ophtalmie est due à la projection dans l'œil du limon qui recouvre les écailles d'huîtres. Ce limon, chargé de matières organiques, contient des particules d'écailles qui, se détachant pendant le nettoyage, viennent blesser la cornée et ouvrent ainsi une porte à l'action destructive du limon. J. B.

Demonstration von mikroscopischen Præparaten der Gewebe-Argyrie (Répartition différente des particules d'argent au sein de la peau dans l'argyrie professionnelle et dans l'argyrie médicamenteuse), par BLASCHKO (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 504, 26 *juillet* 1886).

Pour compléter une communication antérieure (*R. S. M.*, XXIX, 84), Blaschko montre, au moyen de préparations microscopiques, la différence fondamentale des lésions cutanées chez les ouvriers en argent et chez les malades affectés d'argyrie médicamenteuse.

Dans l'argyrie professionnelle, c'est la totalité du réseau des fibres élastiques du derme qui est imprégnée de molécules d'argent. Dans l'argyrie médicamenteuse, les granulations métalliques occupent en première ligne la membrane propre des glandes sudoripares, en second lieu, la couche limitante entre l'épiderme et le derme, ainsi que la membrane hyaloïde des follicules pileux, tandis qu'il faut des grossissements considérables pour apercevoir les rares dépôts argentins placés dans les fibres élastiques.

La différence s'explique par le mode autre de pénétration du métal dans l'organisme. Dans l'argyrie professionnelle, les particules métalliques se trouvent d'emblée en contact avec le tissu dans l'épaisseur duquel elles vont se distribuer uniformément. Dans l'argyrie médicamenteuse, où le métal circule dans les vaisseaux, c'est d'abord à leur voisinage immédiat qu'il se dépose. J. B.

Lead poisoning by mincing machines (*Sanitary Record*, *n°* 339, *p.* 274).

Voici encore une nouvelle source d'introduction du plomb dans le corps humain. A l'inspection de la bouche des personnes qui venaient lui commander un râtelier, un dentiste avait fréquemment constaté la présence d'un liséré gingival. En interrogeant ces clients, il apprit que tous mangeaient de la viande hachée par les petites machines très en vogue maintenant à Londres.

Le dentiste examina un grand nombre de ces hachoirs. Il vit que

dans tous le mécanisme se composait d'une série de roues à trois dents montées sur un axe à angle droit et se mouvant entre autant de lames fixes. Ces lames étaient en acier, tandis que les roues étaient en plomb mou.

Le frottement des roues contre les lames d'acier doit déjà éroder la surface du plomb. Mais en outre l'acide lactique de la viande crue et les acides contenus dans la graisse peuvent dissoudre le même métal. J. B.

Assainissement de l'industrie de la céruserie, par J. ARNOULD (*Revue d'hyg. et police sanit., VIII*, 809, *octobre* 1886).

Lille compte dix céruseries qui, en 1885, ont fourni 111 cas de saturnisme aux hôpitaux. Deux de ces usines n'ont compté aucun malade ; à l'extrême opposé, une fabrique en a compté 66 pour 100 ouvriers ; chez les sept autres, la proportion oscille entre 12 et 52 0/0.

Les deux manufactures qui produisent à elles seules à peu près autant de poudre que les huit autres ensemble ont eu à elles deux 56 malades sur les 111. Il va de soi que le chiffre des malades hospitalisés ne représente pas complètement l'état de choses qui tend cependant toujours à s'améliorer.

Toutes les céruseries lilloises emploient le procédé hollandais. La céruse en poudre n'est indispensable que pour la fabrication des papiers peints à fond blanc, des cartonnages de confiseurs et des cartes de visite glacées.

Pour faire cesser la grande insalubrité de la préparation du blanc de plomb, il suffirait que l'administration sanitaire proscrivît les papiers au plomb. Alors les céruseries fabriqueraient uniquement de la céruse en pâte ou à l'huile. J. B.

Intoxication mercurielle professionnelle consécutive à l'usage de cartouches au fulminate, par P. MARIE et A. LONDE (*Rev. d'hyg. et police sanit., VII*, 16).

Sous ce titre, est relatée l'histoire de 4 personnes habitant deux quartiers différents, mais exerçant la même profession et prises, les hommes de stomatite et de tremblement, les femmes de stomatite. Les deux ménages, tenant chacun un tir, avaient vu se produire les accidents, à la suite de l'emploi de cartouches qui, soumises à l'analyse chimique, étaient uniquement composées de fulminate de mercure.

L'intoxication a été produite par l'absorption des gaz provenant de l'explosion des cartouches. Les phénomènes morbides se sont produits dans la saison froide, alors que toutes les ouvertures de la pièce étaient closes, et que, par conséquent, le renouvellement de l'air et l'issue des gaz délétères étaient plus difficiles. J. B.

I. — Note sur la cause de la mort des victimes de la catastrophe du puits Chastelus (coup de grisou), par RIEMBAULT et BROUARDEL (*Bullet. de l'Acad. de méd., XVII*, n° 16).

II. — Du rôle de la décompression brusque dans les accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou, par REYNAUD (*Loire médicale*, 15 *mars* 1887).

I. — D'après les observations de Riembault faites sur les ouvriers de Chastelus et les recherches de Brouardel, il y a lieu de distinguer les

coups de grisou en *locaux* et *généraux*. Le coup de grisou local n'intéresse que le point où il éclate; les ouvriers mineurs qui y sont occupés peuvent être brûlés, mais non intoxiqués par l'oxyde de carbone. Au contraire, quand le coup de grisou est général, c'est que les poussières charbonneuses des galeries, soulevées par l'explosion, ont envahi l'atmosphère. Explosibles elles-mêmes au contact d'une flamme, elles éclatent en déterminant de nouveaux tourbillons de poussière qui sont l'origine de nouvelles explosions. On conçoit que dans ces conditions l'oxyde de carbone se produise en abondance; c'est là, suivant l'auteur, la cause de la mort des ouvriers.

En effet, les analyses qui ont été faites de l'atmosphère du puits Chastelus, trois jours et cinq jours après la catastrophe, indiquent que l'oxyde de carbone y existait dans la proportion de 3,33 0/0 et de 2,54 0/0. D'autre part, l'analyse du sang de huit des victimes a démontré que ce sang était oxycarboné. Au milieu d'un sérum coloré et renfermant quelques cristaux d'hématine et de nombreuses bactéries ponctuées et en chaînettes mobiles, on trouvait les globules rouges moins concaves que normalement, plus petits, plus épais et plus colorés. Beaucoup d'entre eux étaient irréguliers, polygonaux à angles arrondis; d'autres avaient la forme d'une lentille concave-convexe. Les globules blancs, très irréguliers, étaient conservés, d'un aspect brillant et très réfringent. A l'analyse spectroscopique, on trouvait les deux bandes caractéristiques de l'hémoglobine oxycarbonée. Sous une épaisseur de 75 millièmes de millimètre, on voyait les deux bandes également obscures semblables à celles de l'oxyhémoglobine, mais en différant par la position de la première bande située plus à droite de la raie D, entre 558,5 et 556,5 λ, tandis que celle de l'oxyhémoglobine est située entre 559 et 557 λ. Les deux bandes persistaient dans le sang traité par le sulfhydrate d'ammoniaque, ce qui prouve que l'hémoglobine oxycarbonée n'était pas réduite, comme l'eût été l'oxyhémoglobine.

II. — Se fondant sur ses propres observations et des observations semblables, Reynaud se livre à une étude complète des accidents nerveux qui surviennent chez certains mineurs à la suite des explosions de grisou. Ces accidents sont caractérisés par des troubles soudains de la respiration et une asphyxie rapide. Autrefois, on les attribuait à des brûlures internes dont la clinique et l'expérimentation n'ont pas confirmé l'existence : par contre, ils présentent la plus grande analogie avec ceux que l'on observe chez les scaphandriers décomprimés trop rapidement. Cela s'explique par ce fait qu'au moment des explosions de grisou il existe une raréfaction énorme et une tendance au vide dans l'air des galeries. Cet air, ainsi raréfié, ne fait plus équilibre à la tension des gaz du sang, qui, remis en liberté, sont projetés sous forme de bulles dans les capillaires des centres nerveux et surtout du bulbe. De là les troubles respiratoires et la mort rapide. Cette explication est bien plus rationnelle que celle qui consiste à invoquer une intoxication produite par les gaz délétères provenant de l'explosion.

Quant au traitement, le meilleur à employer est celui que Paul Bert a conseillé dans les cas de décompression trop rapide. On devra employer les inhalations d'oxygène et, lorsqu'une installation spéciale le permettra, placer les malades dans l'air comprimé. GASTON. DECAISNE.

Die seitliche Lage des Schreibheftes in den Schulen... (Influence prépondérante de la position du cahier sur le développement de la scoliose et de la myopie parmi les écoliers, par AUSDERAU (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte n° 3, p. 57, n° 4, p, 87, et n° 5, p. 117, 1 et 15 février, 1er mars 1886*).

Le travail fort intéressant d'Ausderau nous offre l'occasion d'exposer avec quelques détails les termes et l'état actuel d'une question d'hygiène scolaire qui depuis 15 ans passionne oculistes et pédagogues.

Les attitudes vicieuses et la myopie si communes parmi les écoliers, ont été d'abord imputées aux défectuosités des bancs-pupitres, de l'éclairage et du matériel d'écriture (ardoise et touche). Mais comme le progrès n'était pas sensible, malgré les améliorations apportées à ces divers égards, on en est venu — Ellinger le premier — à incriminer le mode d'écriture en usage général.

La calligraphie moderne veut des caractères inclinés sous un angle de 45 à 50 degrés sur les lignes du cahier. Or, vu la disposition anatomique des articulations de la main et des doigts, pour écrire commodément et sans fatigue, les caractères doivent être dirigés vers le milieu du corps de la personne qui écrit, quelle que soit d'ailleurs la position du cahier. Il suit de là que l'écriture inclinée qu'on demande est impossible, si le cahier est placé parfaitement droit au devant du milieu du corps, c'est-à-dire son bord parallèle à celui de la table. En revanche, elle devient possible si, le cahier étant toujours placé devant le milieu du corps, on l'incline à gauche, de sorte que son bord fasse avec celui du pupitre un angle ouvert à droite de 40 à 45 degrés ; dans ce cas, les caractères dirigés à angle droit relativement au bord du pupitre et vers le milieu du corps de l'écolier se trouvent, eu égard à la ligne d'écriture, sous un angle de 45 à 50 degrés qui, avec le précédent, complète un angle droit. Mais, comme le maître exige que le cahier soit droit et les lignes parallèles au bord du pupitre, l'élève n'a d'autre ressource que de pousser son cahier vers la droite. Les yeux dirigés sur ce cahier placé à droite se fatigueraient vite si la tête ne leur venait en aide en se tournant du même côté; bientôt la fatigue des muscles rotateurs de la tête à droite et la distension de leurs antagonistes amènent une déviation semblable du tronc et du bassin. La partie inférieure ou lombo-sacrée du rachis forme alors une convexité gauche à laquelle peut s'adjoindre plus tard une convexité en sens contraire de la colonne dorsale, d'autant plus prononcée que la tête est plus inclinée vers l'épaule gauche. Mais malgré ce que disent Berlin et Rembold, quoique le coude gauche puisse être plus élevé que le droit, l'épaule gauche est toujours plus basse que sa congénère.

En définitive, tous les hygiénistes sont d'accord pour repousser la position latérale du cahier et pour réclamer sa position médiane. Mais ici l'accord cesse. Les uns, avec Schubert et la commission française, demandent la position médiane droite qui entraîne l'écriture droite ; les autres, avec Berlin et Rembold, Ellinger, Gross, se contentent de la position médiane oblique qui permet l'écriture actuelle. Et c'est précisément cette polémique, reposant uniquement sur des considérations théoriques, qui a empêché jusqu'ici les pédagogues d'introduire la réforme désirée. Le mieux est ici l'ennemi du bien, car seule une expérience prolongée

et en grand dira laquelle des deux positions médianes du cahier est la plus favorable ; ce qui ne fait plus de doute, c'est que la position médiane vaut mieux que la latérale.

Ellinger et Gross préconisent une légère inclinaison (15°) du cahier ; celle-ci entraîne, pour conserver le parallélisme entre la ligne de l'écriture et celle qui unit les centres des yeux, une légère inclinaison de la tête que Schubert et la commission parisienne, tout en admettant aussi la nécessité de ce parallélisme, redoutent de voir donner lieu encore à une attitude vicieuse du tronc ; aussi repoussent-ils l'écriture penchée. Mais Daiber a établi que le parallélisme entre les deux lignes n'était pas indispensable, et Berlin et Rembold ont démontré que dans toutes les positions du cahier compatibles avec l'écriture penchée la ligne d'union des centres oculaires coupe la ligne d'écriture, presque constamment, de gauche à droite et de haut en bas, sous un angle généralement très considérable.

C'est à tort, en revanche, que Berlin et Rembold, ayant observé que les pleins forment en général un angle approximativement droit avec la ligne interoculaire, supposée prolongée jusqu'à l'extrémité de la plume, en ont voulu inférer l'existence d'une loi spéciale des mouvements oculaires. Il suffit en effet de visiter une école pour reconnaître que l'observation de Berlin et Rembold n'est pas sans exceptions et que la situation de la ligne qui unit les centres des deux yeux n'est nullement constante.

En somme, les facteurs qui concourent à produire l'attitude de la tête, la situation de la ligne interoculaire et l'attitude du corps durant l'écriture sont :

1° En toute première ligne, l'emplacement du cahier, à cause de la nécessité que les deux yeux soient à égale distance du point fixé. En effet, cette fixation symétrique requiert à la longue une rotation de la tête et du tronc vers le point à fixer ;

2° La tendance naturelle, si rien ne s'y oppose, à maintenir le plan antéro-postérieur de la tête droit, car c'est sa situation normale, celle pour le maintien de laquelle le moins de forces musculaires doivent être mises en jeu. Mais fréquemment cette influence s'efface devant les deux facteurs suivants ;

3° La tendance naturelle à maintenir les plans antéro-postérieurs du tronc et de la tête, le plus possible dans le même plan ;

4° La pesanteur, qui fatigue les muscles qui contre-balancent son action et s'efforcent de maintenir la rectitude du tronc.

A côté de ces quatre principaux facteurs, les deux suivants n'ont qu'une importance restreinte, ce sont :

5° La tendance à faire tomber les lignes d'écriture dans le plan du regard ;

6° Le mécanisme des articulations de la tête que certains mouvements et attitudes favorisent. Malgré ce qu'avancent Berlin et Rembold, il n'y a aucune loi d'optique qui dicte l'attitude de la tête ni qui oblige la ligne qui unit les centres des deux yeux à se placer parallèlement à la ligne de l'écriture.

Bien que partisan en principe du cahier droit et de l'écriture droite, Ausderau pense qu'il n'est pas possible de prendre tout à fait parti en ce moment, où il y a encore deux inconnues, à savoir : 1° si dans la position médiane, mais inclinée du cahier, les enfants prennent une attitude

plus défectueuse que dans la position droite; 2° d'autre part, si la position droite du cahier n'entraîne pas une fatigue démesurée des muscles du bras.

Il y a donc lieu de conclure :

A l'heure actuelle, il est indifférent, au point de vue hygiénique, d'adopter l'une plutôt que l'autre position médiane du cahier; le mieux serait de les expérimenter parallèlement dans deux divisions d'une même classe, pour pouvoir les comparer à l'usage.

Il n'y a ainsi aucun prétexte pour différer la réforme consistant à exiger que le cahier soit placé devant le milieu du corps de l'écolier qui écrit et non sur le côté. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Leçons de clinique médicale, par S. JACCOUD (*tome III, Paris* 1887).

Le 3e volume de *Leçons cliniques*, que vient de publier Jaccoud, est aussi riche que ses aînés en notions nouvelles et en enseignements du plus haut intérêt. Quelques exemples vont montrer quelle place importante y tiennent les recherches de bactériologie clinique.

L'endocardite infectieuse, qu'elle soit d'origine rhumatismale, gravidique, puerpérale ou autre, est une maladie à microbes, tantôt précédée d'un traumatisme, tantôt avec suppuration préalable, tantôt spontanée en apparence; mais alors c'est quelquefois par les voies respiratoires ou digestives que se fait la pénétration microbienne. Plus fréquemment, les microbes qui normalement habitent l'organisme sain peuvent devenir nuisibles par envahissement, quand l'organisme détérioré manque de sa vitalité et de sa résistance ordinaires; c'est le mode de l'infection intrinsèque, opposé aux infections extrinsèques.

Les microbes de l'endocardite infectieuse ne sont pas toujours les mêmes, n'ont pas de spécificité propre; sur huit cas, Jaccoud et Netter ont trouvé trois fois le pneumocoque encapsulé de Friedländer, et cinq fois les microbes vulgaires de la suppuration. D'où cette conclusion, qu'à côté des microbes pathogènes spécifiques « il y a lieu d'admettre des microbes pathogènes indifférents, dont l'action nocive se traduit chez l'homme par des effets dissemblables, variant selon les prédispositions organiques, de sorte qu'à chacun de ces microbes correspondent plusieurs maladies distinctes ».

La pneumonie fibrineuse peut, elle aussi, ouvrir la porte à d'autres infections surajoutées, telles que la tuberculisation pulmonaire et la pyémie secondaire avec abcès multiples; cette dernière notion est nouvelle dans la science, et deux cas fort complets comme histoire clinique, et en même temps comme recherche et culture des microbes pyogènes, en donnent la démonstration.

L'érysipèle récidivant prend, à mesure que les attaques s'en multiplient, une allure spéciale; il avorte, et donne ainsi la preuve que le

sujet a acquis peu à peu une immunité non pas morbide, mais symptomatique.

Il faudrait encore pouvoir analyser les leçons où sont montrées les pluralités pathogéniques de l'urémie ; les pages consacrées à l'étude de la syphilis rénale, de la tuberculose urinaire, du diabète hydrurique ; la série des leçons sur les maladies cardio-aortiques et leur traitement, etc...

A. CHAUFFARD.

Leçons de pathologie interne (Maladies infectieuses), par LIEBERMEISTER. Traduction française par GUIRAUD (*In*-8°, *Paris*, 1887).

La série des leçons que Liebermeister a consacrées aux maladies infectieuses forme une des parties les plus intéressantes de son Traité de *Pathologie interne*. On y trouvera une description didactique, à la fois très claire et suffisamment complète, et un résumé des faits acquis en bactériologie. L'auteur divise les maladies infectieuses en trois groupes : 1° *Affections miasmatiques*, et entre autres le rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie, l'ostéomyélite, l'endocardite ulcéreuse ; 2° *Affections miasmato-contagieuses*, entre autres les choléras, la dysenterie, la fièvre typhoïde, la méningite cérébro-spinale épidémique ; 3° *Affections contagieuses*, entre autres la grippe, l'actinomycose, la lèpre.

M. Guiraud, à qui nous devons la très bonne traduction de ces leçons, les a complétées par une préface et une série de notes où se trouvent résumés les travaux français que n'a pas cités l'auteur allemand.

A. CHAUFFARD.

I. — Vereitertes Hœmatom der Dura mater (Hématome suppuré de la dure-mère), par GLASER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, 1886).

II. — Hirndruck (Compression du cerveau), par NAUNYN et FALKENHEIM (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 688, *octobre* 1886).

III. — Clinical and pathological memoranda, par Byrom BRAMWELL (*Edinb. med. j.*, *juillet-novembre* 1886).

IV. — A clinical study of cerebral localisation, par H. HUN (*Americ. journ. of med. sc.*, *p.* 140, *janvier* 1887).

V. — Lésions du plancher bulbaire et de l'aqueduc de Sylvius dans l'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, par CAPITAN (*Progrès médical, août* 1886).

VI. — Ueber das Auftreten von Stauungspapille bei Hirnblutungen (Œdème de la papille du nerf optique dans les hémorragies cérébrales), par REMAK (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 828 *et* 848, *novembre-décembre* 1886).

VII. — Du refroidissement dans les attaques apoplectiques, par ROUSSEAU (*Encéphale n°* 2, 1887).

VIII. — Note sur un cas d'hémichorée prœparalytique, par GINGEOT (*Soc. méd. des hôp.*, *janvier* 1887).

IX. — Ueber Herderkrankungen im Gehirnschenkel in der Gegend des hinteren Vierhügelpaares (Des lésions en foyer du pédoncule cérébral, au voisinage des tubercules quadrijumeaux inférieurs), par W. LEUBE (*Deustch. Arch. f. klin. Med. XL,p* 271.)

X. — Intorno all'epilepsia d'origine corticale, par SEPPILLI (*Rivista sperim. di frenatria, fasc.* 1-2, 1886).

XI. — Beitrag zur Lehre der Degenerationen der Sehleife (Contribution à l'étude des dégénérations du ruban de Reil), par P. MEYER (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XVII, Heft* 2, *p.* 439).

XII. — Ein Fall von beiderseitiger Degeneration des Hirnschenkelfusses, etc. (Dégénérescence secondaire double du faisceau externe du pédoncule cérébral avec atrophie de la moitié dorsale de la protubérance et de la grande olive), par JELGERSINA (*Centralbl. für Nervenheilk, n°* 16, 1886).

XIII. — Ein Fall von Degeneration des aüsseren Bündels secundärer absteigender (Dégénération du faisceau externe dans le pied du pédoncule cérébral), par C. WINKLER (*Ibidem, n°* 16, 1886).

XIV. — Einiges über secundäre Degenerationen im Gehirn (Nouvelle variété de dégénération secondaire du cerveau), par von MONAKOW (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte, p.* 390, *juillet* 1886).

XV. — Kenntniss der stellvertretenden Thätigkeit des rechten Gehirns, etc. (Suppléance de l'hémisphère droit dans l'aphasie), par KANDERS (*Wien. med. Jahrb., p.* 251, 1886).

XVI. — Weitere Beobachtungen über Dyslexie, etc. (Observations sur la dyslexie), par BERLIN (*Berliner klin. Woch., p.* 522, *août* 1886).

XVII. — Hemianopie, par KAHLER (*Wien. med. Woch., p.* 435, 1887).

XVIII. — Eine besondere Form von Bewegungsstörung der Pupille (Variétés de trouble moteur de la pupille), par SALGO (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1er *octobre* 1886).

XIX. — Is the knee-kick a reflex act? (Le phénomène du genou est-il un acte réflexe?) par Warren LOMBARD (*Americ. journ. of med. sc., p.* 88, *janvier* 1887).

XX. — Ueber Sehnenphœnomene (Phénomènes tendineux), par A. DE WATTEVILLE (*Centralbl. f. Nervenheilk, n°* 12, 1886).

XXI. — Zur Lehre von der Hirnrindenlocalisation (Un fait de localisation cérébrale), par A. FRAENKEL (*Charité-Annalen, p.* 190, 1886).

I. — Aubergiste de 49 ans, alcoolique, se plaignant de céphalée depuis quinze jours. On constate une légère contracture du bras droit, avec parésie des membres inférieurs. Diminution de l'intelligence et de la sensibilité. Coma, mort rapide.

A la face interne de la dure-mère, du côté gauche, existe une tumeur ovale, dont le grand diamètre est de 16 centimètres, parallèle à la suture sagittale et voisine de la ligne médiane. La surface de cette tumeur offre cinq ou six saillies grisâtres ; ce sont de petits kystes isolés bien limités, contenant du pus, tandis que la grande poche ne contient que du sang coagulé. L'hématome a déprimé une partie du lobe frontal gauche, du lobe pariétal et même de l'occipital. L. GALLIARD.

II. — Dans leurs expériences sur la compression du cerveau, Naunyn et Falkenheim ont constaté que la résorption du liquide cérébro-rachidien s'effectue avec une facilité tout à fait extraordinaire. Chaque fois que la pression intracranienne est accrue, on note une augmentation compensatrice de a résorption du liquide qui prévient toute stase, aussi

longtemps que le pouvoir absorbant n'est pas troublé. C'est seulement quand l'activité de la résorption se trouve amoindrie, qu'il survient une stase durable conduisant à l'hydrocéphalie.

Dans le cours des tumeurs du cerveau, les accidents de compression peuvent aussi bien résulter d'un abaissement que d'une exagération de la pression dans les artères cérébrales; les accidents sont beaucoup plus graves, quand la pression artérielle est abaissée. En tout cas, on ne doit jamais recourir à la saignée contre ces accès de compression. J. B.

III. — Sous ce titre, Bramwell a rassemblé une série de travaux relatifs au système nerveux : observations, autopsies, examens microscopiques, description de procédés techniques particuliers, discussions de théories.

Nous ne pouvons guère donner ici que le sommaire de ces observations :

1° Cas de dégénérescence calcaire des vaisseaux du cerveau.

2° Anévrisme de l'artère basilaire, hémorragie méningée; coma immédiat; mort en quatorze heures.

3° Anévrisme de l'artère cérébrale moyenne du côté droit; rupture ; céphalalgie brusque et vomissements; coma progressif; hémiplégie gauche quatre heures après l'accident; apparition rapide de la respiration de Cheyne-Stokes. Mort par dyspnée six heures après la rupture de cet anévrisme.

4° Anévrisme de la carotide interne ; rupture ; convulsions ; délire violent suivi d'une douleur intense dans la partie postérieure de la tête ; raideur du cou; seconde rupture quinze jours après la première attaque; convulsions; délire; coma; élévation rapide de la température ; mort.

5° Hémorragie méningée et méningite dans un cas d'hémophilie ; céphalalgie; vomissements; perte de la vue; névrite optique double; paralysie du nerf facial; élévation de la température; respiration de Cheyne-Stokes; retour de la conscience au bout de trois semaines ; convalescence progressive ; hémorragie grave par l'intestin ; épistaxis grave ; guérison avec atrophie du nerf optique et diminution marquée du champ visuel.

L'auteur pense qu'il y a eu dans ce cas hémorragie méningée, puis consécutivement méningite développée autour du sang extravasé. De cette méningite dépendaient la névrite optique et les phénomènes visuels. Dans le cas précédent, il y avait du sang épanché au pourtour du nerf optique et névrite consécutive, constatée à l'autopsie. Dans le cas suivi de guérison, l'analogie des symptômes amène à admettre l'analogie des lésions.

6° Hémorragie cérébrale, anévrismes miliaires. Sur 14 cas d'hémorragie cérébrale, l'auteur a trouvé 13 fois les anévrismes miliaires. De même que Charcot et Bouchard, il n'a pas trouvé de relation entre l'hémorragie cérébrale et l'athérome artériel, ce qui démontre que ce n'est pas l'athérome qui cause l'hémorragie.

7° L'auteur expose un procédé particulier de préparation de coupes du système nerveux, qui consiste surtout dans l'éclaircissement incomplet des préparations à l'huile de girofle.

8° Description d'une modification du procédé de Gram, qui permet de démontrer les micro-organismes dans le tissu nerveux.

9° Cas remarquable de ramollissement du cerveau avec production de nombreuses petites cavités kystiques. Il y avait début de ramollissement et de dégénérescence au pourtour des vaisseaux capillaires du cerveau, et plus particulièrement dans la substance blanche des circonvolutions ; état criblé constitué par l'existence de petits espaces ramollis ou par de véritables cavités au pourtour des vaisseaux. Enfin, il y avait tant à la surface qu'à l'in-

térieur du cerveau de nombreuses taches correspondant évidemment à des foyers de ramollissement.

10° Dans un autre cas, il y avait de véritables cavités ne donnant plus seulement l'apparence de l'état criblé, mais rappelant l'aspect du fromage de Gruyère. A. M.

IV. — Hun rapporte sept observations de lésions localisées du cerveau ; voici l'indication des plus importantes :

Perte de la vision dans le segment inférieur gauche des deux champs visuels. A l'autopsie, atrophie de la moitié inférieure du cunéus droit.

Paralysie incomplète du mouvement et de la sensibilité dans les membres du côté droit ; agraphie, alexie et aphasie. A l'autopsie, atrophie des trois quarts inférieurs de la pariétale ascendante et du lobule pariétal inférieur dans l'hémisphère gauche.

Tumeur volumineuse du lobe frontal, sans symptômes. Mort dans le coma en quatre jours.

Hémiparésie gauche. Convulsions limitées au côté gauche du corps et commençant toujours par la jambe gauche. A l'autopsie, endothéliome comprimant le lobule pariétal supérieur droit. A. CHAUFFARD.

V. — Capitan a examiné dix cerveaux de sujets ayant succombé à une hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, après avoir présenté la symptomatologie classique; dans deux cas, il n'y avait rien à noter sur le plancher du quatrième ventricule ; dans deux autres cas, il y avait une dilatation très marquée des vaisseaux à la surface du plancher; dans quatre cas, il existait un piqueté hémorragique de la surface du quatrième ventricule; parfois de véritables foyers hémorragiques minuscules ouverts dans cette cavité ; le plus souvent une dilatation marquée de l'aqueduc de Sylvius; une coupe transversale du bulbe y montrait de petits foyers punctiformes, disposés irrégulièrement dans l'épaisseur de la substance nerveuse. Dans ces quatre cas, le bulbe présentait exactement l'aspect des bulbes observés par Duret chez les animaux morts de compression ou de commotion cérébrale. Capitan admet que la rupture des parois des ventricules, au niveau des noyaux centraux, que l'envahissement de ces cavités par le sang se fait brusquement, qu'il y a une soudaine augmentation de la quantité du liquide ventriculaire normal, et reflux brusque vers l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule ; à preuve une observation où, lorsqu'on pratiqua l'ouverture des cavités ventriculaires, le liquide céphalo-rachidien jaillit brusquement.

Dans deux cas, enfin, Capitan a observé une fois une attrition marquée en avant de l'orifice supérieur de l'aqueduc de Sylvius, une autre fois un déchirement complet de ce canal ; dans le premier de ces cas, on nota également au moment de l'ouverture des ventricules un véritable jet de liquide céphalo-rachidien. H. L.

VI. — Indépendamment de l'œdème de la papille qui survient dans le cours des fractures du crâne (Panas, Högen) dans les hémorragies méningées (Manz, Fürtsner) et dans les anévrismes des artères sylviennes, on peut rencontrer ce symptôme à la suite des hémorragies cérébrales. Jackson, Michel et Bristowe en ont rapporté quatre exemples.

Remak donne la relation détaillée d'un cinquième fait de ce genre.

Dans toutes ces circonstances, qu'il s'agisse de fractures du crâne, d'hémorragies méningées ou d'hémorragies cérébrales, le mécanisme de production de l'œdème de la papille optique est le même, toujours il est la conséquence d'un épanchement sanguin dans la gaine du nerf.

L'existence unilatérale de l'œdème papillaire ou sa prédominance d'un

côté peut être utilisée pour le diagnostic du siège de l'hémorragie, dans les cas de fracture du crâne ou de pachyméningite hémorragique.

Dans l'apoplexie avec hémiplégie, ce symptôme est d'un pronostic grave, en ce qu'il indique une hémorragie de vaste étendue à laquelle vraisemblablement le malade ne survivra pas.

Il est bon de savoir que l'hémiplégie urémique peut s'accompagner d'œdème de la papille sans aucune hémorragie cérébrale. J. B.

VII. — Il est généralement admis que, dans le cas d'hémorragie cérébrale, il se produit un abaissement de la température au moment même de l'accident; tandis que dans le ramollissement cérébral il n'y aurait pas d'abaissement initial de la température, mais élévation brusque jusqu'à 39 ou 40 degrés. Or ces lois ne sont pas sans exception. Rousseau rapporte deux observations de ramollissement dans lesquelles un refroidissement considérable s'est produit après les premiers accidents. Chez une troisième malade, ce fut la congestion qui sembla jouer le rôle principal, et cependant il y a eu un abaissement de température extraordinaire (33°,5), sans élévation consécutive. DESCOURTIS.

VIII. — Mme D..., âgée de 77 ans, trois jours après une vive émotion est prise, le matin, d'un étourdissement, qui se dissipe peu à peu; une heure après, voulant s'habiller, elle est prise de mouvements désordonnés dans les deux membres gauches. Ils sont le siège de convulsions choréiformes incessantes, sans rythme ni périodicité. Aucun trouble d'anesthésie; la force ne semble pas diminuée du côté choréique. Les mouvements ont atteint d'emblée leur maximum et disparaissent peu à peu au bout de cinq heures.

Après une nuit tranquille, Mme D..., le lendemain au réveil, sent faiblir tout son côté gauche; les mouvements des deux membres sont possibles, mais maladroits, faibles; le réflexe rotulien est manifestement exagéré à gauche. Le retour de la force s'effectua peu à peu; mais au bout d'un mois il restait encore un peu moins de force dans la jambe gauche qui s'œdématiait le soir, et un peu de maladresse du bras et des doigts pour les travaux délicats. H. L.

IX. — Cuisinière de 50 ans. Depuis quatre semaines, céphalalgie et vomissements. Au moment de son entrée, les vomissements persistent. Etat somnolent durant deux jours, pendant et après lesquels on constate de l'hémiplégie incomplète du côté gauche, avec anesthésie correspondante, sans participation de la face. Les pupilles des deux côtés sont rétrécies et immobiles. Ptose légère du côté gauche.

Pas de troubles de la vue. La ptose de l'œil droit s'accentue les jours suivants. Les vomissements persistent. Il survient une nouvelle crise de somnolence à la suite de laquelle s'accentue la paralysie du côté gauche et la ptose de l'œil droit.

A l'autopsie, on trouve un vieux tubercule du gyrus fornicatus et de la dégénérescence crétacée de la glande pinéale. Pas d'autre lésion du cerveau.

Dans le pédoncule cérébral, préalablement durci et examiné sur des coupes successives, on trouve quatre petits foyers hémorragiques de la dimension d'une lentille.

L'un d'eux est situé à la partie supérieure du noyau moteur oculaire droit. Il sépare les uns des autres les groupes cellulaires de ce noyau et touche quelques-uns des faisceaux nerveux qui en émanent. Un autre siégeait exactement en dehors de la pointe la plus extérieure de la substance noire (*substantia nigra*) dans un point où un foyer restreint peut toucher à la fois les faisceaux du pédoncule qui se dirigent en dedans et les faisceaux qui se

dirigent en bas et en dehors vers la substance noire. Un troisième foyer plus petit siégeait en dehors du précédent. Un quatrième était situé exactement entre les deux noyaux d'origine des moteurs oculaires, un peu prédominant à gauche. Les figures représentent les lésions. A. MATHIEU.

X. — Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, devenue épileptique à l'âge de 12 ans après une maladie aiguë avec délire. Elle présentait une hémiatrophie gauche du corps, principalement du membre supérieur qui était incomplètement paralysé avec contracture légère dans le sens de la flexion; la jambe gauche était également parésiée. Diminution de la sensibilité du même côté, principalement au bras. Convulsions fréquentes, l'attaque commence par un fourmillement des doigts de la main gauche et aussitôt après par des spasmes cloniques de tout le membre supérieur gauche; elle se propage ensuite à la jambe gauche, à la face et reste localisée dans ces parties. L'attaque dure deux ou trois minutes sans perte de connaissance. Il est rare que les convulsions gagnent le côté droit et que l'attaque généralisée amène la perte du sentiment. Après l'attaque, il y a résolution des membres gauches, il y a de l'agitation avec angoisse précordiale. Après quelques mois de séjour à l'asile, la malade succomba à une péritonite le 6 mai 1883. A l'autopsie, l'hémisphère gauche pèse 495 grammes, l'hémisphère droit 268 grammes. Il existe de ce côté un vaste foyer de ramollissement ancien, avec sclérose et adhérence des méninges; ce foyer a détruit la partie postérieure des trois frontales, des deux circonvolutions ascendantes, du lobule paracentral et des deux pariétales. Le ramollissement s'enfonce dans la substance médullaire et arrive jusqu'à la paroi supérieure et externe du ventricule latéral droit; il a la forme d'un cône dont la base est périphérique et le sommet central. En outre, il y a dégénération du faisceau pyramidal constatée dans la protubérance, le bulbe et la moelle. Les ganglions opto-striés sont intacts.

Cette observation montre clairement, dit l'auteur, que l'épilepsie partielle peut se développer sans aucune participation des centres moteurs corticaux contenus dans la sphère sensorio-motrice du côté opposé. Ici, en effet, la zone motrice était complètement détruite. Pour expliquer la paralysie incomplète ou l'absence de paralysie dans les faits de ce genre, il faut admettre avec Luciani et Tamburini que les ganglions de la base ont une fonction motrice, inférieure, il est vrai, à celle de l'écorce, mais qui peut jusqu'à un certain point la suppléer. Ces ganglions pourraient, vraisemblablement par suite de cette exagération fonctionnelle, devenir épileptogènes, et servir de point de départ et de diffusion à des attaques limitées au côté opposé du corps. L'auteur se résume en disant que l'excitation épileptique se développe, soit directement, soit par voie réflexe; quelle que soit la cause qui la produise, elle a toujours pour organe central constituant l'élément essentiel de sa pathogénie, l'ensemble des centres moteurs de l'écorce cérébrale et des ganglions subcorticaux correspondants. F. BALZER.

XI. — Une femme de 42 ans éprouvait depuis trois mois une sensation de brûlure dans le dos et au niveau du bras gauche, qui avait perdu de sa vigueur, lorsqu'elle fut frappée d'une telle faiblesse dans les jambes qu'elle dut garder le lit. La moindre tentative de mouvement produisait de la douleur dans les membres. Elle se fit admettre dans le service du professeur Kussmaul; à cette époque elle se plaignait de sensations diverses de paresthésie; il n'y avait pas d'anesthésie. La faiblesse des membres était très grande, mais de paralysie proprement dite, point. Couchée dans son lit, cette femme pouvait mouvoir ses membres en tout sens. A cela se réduisaient les symptômes appréciables. Malgré la mise en œuvre de médications variées

(bains, extrait de chanvre indien, de belladone, quinine, salicylate de soude, courant galvanique) les douleurs persistèrent et la faiblesse fit des progrès. Plus tard survint de l'œdème des membres inférieurs. A l'occasion d'une raucité passagère de la voix, on examina cette femme au laryngoscope. Résultat négatif. Abolition des réflexes, malgré l'intégrité parfaite de la sensibilité. Ainsi le chatouillement de la plante des pieds était très bien perçu, mais ne provoquait pas le moindre retrait de la jambe. Intégrité des sens du goût et de l'odorat. Diminution de l'ouïe, conséquence probable d'une otite moyenne antérieure. Une nouvelle tentative de traitement (iodure de potassium et injections de strychnine) resta aussi infructueuse que les précédentes. Ulcération de décubitus. Finalement la malade succomba aux progrès du marasme.

L'autopsie, complétée par un examen histologique des centres nerveux et d'un certain nombre de nerfs périphériques, démontra l'intégrité de ces derniers et l'existence dans les centres nerveux de trois foyers distincts de lésions, à savoir : 1° une myélite (cellules à granulations dans le segment lombaire de la moelle, diffuse dans les parties inférieures, mais qui en remontant tendait à se localiser de plus en plus dans les cordons postérieurs); 2° dans la moitié gauche de la portion inférieure de la moelle allongée, un foyer de vieille date, bien délimité dans tous les sens ; 3° une zone de sclérose très nette, occupant le territoire désigné par Gratiolet sous le nom de ruban de Reil (*Schleife*), zone de sclérose qu'on pouvait poursuivre depuis l'entrecroisement des rubans de Reil jusque en remontant vers la région sub-thalamique. Il est dit, dans la relation de ce cas, que l'autopsie n'a pas fourni de renseignements positifs sur l'existence éventuelle d'une cause commune à ces foyers de lésions. Il y avait cependant quelque raison de croire que cette femme avait eu autrefois la syphilis. Abordant ensuite la question de savoir dans quels rapports se trouvaient les trois foyers de lésions entre eux et avec les symptômes observés du vivant de la malade, l'auteur conclut que ces symptômes relevaient de la myélite, la dernière lésion en date, que les deux autres foyers, vu leur siège et leur étendue ont dû évoluer d'une façon latente; enfin, que la dégénérescence du ruban de Reil a dû être consécutive à la lésion en foyer de la moelle allongée et, à ce propos, l'auteur fait une courte revue des travaux parus dans ces derniers temps et ayant trait à l'anatomie et à la pathologie du ruban de Reil.

E. RICKLIN.

XII. — Chez un idiot, on trouva dans le centre ovale de chaque hémisphère les restes d'un ancien abcès volumineux occupant l'espace situé au-dessous des circonvolutions pariétales supérieures et inférieures de la première et de la deuxième circonvolution temporale ; ces circonvolutions étaient peu développées, la pie-mère à leur niveau était notablement épaissie.

Dans les deux pieds des pédoncules se montrait une dégénération atrophique dans le tiers interne et dans le tiers externe, le tiers moyen était d'apparence tout à fait normale. D'ailleurs la dégénération du tiers interne était très peu accentuée, tandis que celle du tiers externe l'était beaucoup plus.

Plus bas dans la protubérance, on pouvait suivre la dégénération au-dessus du faisceau pyramidal.

Les olives étaient très nettement atrophiées, notamment les cellules ganglionnaires des couches externes de ces organes.

Les fibres arciformes étaient, elles aussi, atrophiées.

La moelle, à part une petitesse particulière, ne montrait rien d'anormal.

PIERRE MARIE.

XIII. — Foyer cérébral occupant la partie postérieure de la pariétale ascendante, parallèlement à la fissure post-centrale ; la circonvolution pariétale supérieure à un léger degré, l'inférieure était complètement détruite, de

même que la circonvolution marginale et la portion initiale du gyrus angulaire. La moitié postérieure de la première circonvolution temporale et une légère portion de la deuxième temporale étaient ramollies ; de même les deux circonvolutions postérieures de l'insula l'étaient aussi superficiellement. La dégénération secondaire était surtout marquée dans la partie externe du pied du pédoncule ; il existait aussi une légère traînée dans la partie interne. La dégénération du faisceau pyramidal était bien marquée dans toute l'étendue de l'axe encéphalo-médullaire. Une figure jointe à ce travail montre la distribution exacte de la dégénération secondaire dans le pédoncule.

PIERRE MARIE.

XIV. — Von Monakow a eu trois fois l'occasion d'observer une dégénération secondaire non encore décrite du cerveau, celle du pilier antérieur du trigone consécutive à une lésion du lobe temporal.

1er *cas*. Homme de 70 ans, atteint de ramollissement cérébral depuis cinq ans. Autopsie. Foyers d'âges divers dans les lobes occipitaux, ayant donné lieu à des dégénérations descendantes dans les faisceaux optiques et en outre ramollissement partiel dans la circonvolution de l'hippocampe droit et dans la région postérieure de la voûte (corps frangé). Comme conséquence de ce dernier ramollissement, destruction complète de la totalité du pilier ascendant du trigone et de ses racines jusqu'au tubercule mamillaire, de sorte qu'au niveau du tuber cinereum lui-même il ne restait pas une seule fibre nerveuse intacte. La dégénération s'étendait aussi au tubercule mamillaire droit, notamment à sa capsule d'enveloppe blanche. L'intensité des lésions dégénératives variait beaucoup dans les divers noyaux gris du tubercule mamillaire ; elle était à son maximum dans la portion externe du noyau latéral. Le ganglion interne, le noyau d'origine du faisceau de Vicq d'Azyr et du faisceau de la coiffe, d'après von Gudden, était réduit à la moitié de son volume, grâce surtout à la disparition de la substance grise. Le faisceau de Vicq d'Azyr même était à peine lésé ; la dégénérescence pouvait tenir aussi bien à la lésion du ganglion interne qu'à la présence d'un petit foyer de ramollissement dans le tubercule antérieur de la couche optique droite. Le tuber cinereum droit était normal.

2e *cas*. Homme de 60 ans, mort brusquement le jour de son admission pour des troubles vésicaux. Autopsie. Sarcome de la dure-mère gros comme un œuf, dans la fosse temporale gauche, dont le développement lent avait atrophié une grande partie de l'ergot de Morand et de la corne d'Ammon. Le pilier antérieur gauche du trigone était réduit à la moitié de son volume ; le tubercule mamillaire du même côté était également atrophié. Le reste du cerveau n'offrait aucune lésion ; pas d'artério-sclérose. Au microscope, atrophie de tout le corps frangé gauche, depuis l'ergot de Morand et de tout le pilier antérieur du trigone dans le tuber cinereum et jusqu'au tubercule mamillaire. Les deux corps cendrés et toute la région sous-thalamique étaient intacts. Le tubercule mamillaire gauche offrait exactement les mêmes lésions que dans le cas précédent. Le faisceau de Vicq d'Azyr et celui de la coiffe étaient normaux, de même que les tubercules antérieurs.

3e *cas*. Sourde-muette, âgée de 17 ans, atteinte d'hydrocéphalie chronique interne avec épendymite granuleuse considérable. La corne occipitale gauche était tellement dilatée que le lobe temporal gauche semblait transformé en un sac fluctuant à parois minces ; la corne occipitale droite était aussi un peu dilatée. En outre, le pilier antérieur gauche du trigone et le tubercule mamillaire du même côté étaient tout à fait atrophiés. Le tubercule mamillaire droit était de même que le pilier antérieur correspondant de la voûte, moins réduit de volume. Les deux couches optiques et les tubercules antérieurs étaient sains. Les faisceaux de Vicq d'Azyr n'ont pu être encore examinés en l'absence de coupes.

En somme, si l'on utilise ces trois observations pour élucider les rapports anatomiques existant entre le pilier antérieur du trigone et le faisceau de Vicq d'Azyr, on est autorisé à conclure que le faisceau de Vicq d'Azyr n'est pas la continuation directe du pilier antérieur descendant, car la dégénération de celui-ci impliquerait la dégénération du premier. C'est au contraire la confirmation de l'opinion admise par von Gudden (*R. S. M.*, XXI, 2) et soutenue contre Meinert et Wernicke.

En ce qui concerne les relations du pilier antérieur du trigone avec le tubercule mamillaire, Monakow se sépare de Gudden qui les nie, car dans les trois cas ci-dessus, l'atrophie du trigone s'est propagée à la substance grise du tubercule ; d'où l'on peut conclure à un rapport intime d'une portion importante des fibres du pilier avec les noyaux du tubercule et surtout avec la partie externe de son noyau latéral.

D'après Monakow, les fibres du pilier antérieur se résolvent dans la substance fondamentale grise du noyau interne du tubercule mamillaire et n'entrent pas en connexion immédiate avec des cellules ganglionnaires qui servent surtout, ainsi que l'a dit Gudden, à donner naissance au faisceau de Vicq d'Azyr. Il est possible que la substance grise du tubercule mamillaire relie le pilier antérieur du trigone et le faisceau de Vicq d'Azyr. Les fibres du pilier antérieur qui se trouvent dans le tubercule proviennent très vraisemblablement du lobe temporal de la corne d'Ammon et de la circonvolution de l'hippocampe. J. B.

XV. — Sujet de 27 ans présentant, à l'autopsie, un ramollissement de la troisième circonvolution frontale gauche, d'une partie de la seconde, de la première temporale, du lobule pariétal inférieur, de l'insula, de l'avant-mur et de la substance médullaire sous-jacente.

Ces lésions datent de deux ans. Le sujet a été frappé d'hémiplégie droite avec hémianesthésie, et en même temps, d'aphasie, de cécité verbale et de surdité verbale. Mais il a recouvré au bout de quelques mois l'usage de la parole; l'aphasie a guéri. Il faut donc admettre la suppléance des centres correspondants de l'hémisphère droit.

Le sujet a appris aussi à écrire de la main gauche. L. GALLIARD.

XVI. — Bertin a observé jusqu'ici six cas de dyslexie, un trouble spécial de la lecture caractérisé ainsi. Mis en présence d'un imprimé, gros ou petit de caractères, le malade est hors d'état d'en lire plus de trois, quatre ou cinq mots de suite. Il les lit correctement, mais il lui est impossible de continuer. D'autre part, il comprend parfaitement ce qu'on lui dit, peut le répéter et est en possession de sa parole.

La brusquerie d'apparition de la dyslexie et les symptômes qui l'accompagnent montrent qu'on doit en chercher la cause dans une affection cérébrale. C'est là une forme d'aphasie que Bertin désignerait volontiers sous le nom de cécité verbale isolée et incomplète.

Dans les quatre autopsies pratiquées par Bertin, il a toujours rencontré une lésion de la moitié gauche du cerveau. Dans l'un de ces cas, il y avait un ramollissement étendu de la substance grise de la circonvolution pariétale inférieure gauche, à l'endroit précis que Bertin avait déjà indiqué il y a trois ans. Dans les autres cas, l'altération n'était pas si exactement localisée. Le pronostic de la dyslexie est toujours fatal et les artères cérébrales sont constamment malades. J. B.

XVII. — Kahler signale la rareté de certaines formes d'hémiopie ; il montre l'impossibilité ou l'invraisemblance de l'hémiopie monocu-

laire, parce qu'on ne conçoit pas l'existence d'une lésion qui détruirait seulement les fibres entrecroisées ou les fibres non entrecroisées du nerf optique.

Quand la bandelette optique et le nerf optique d'un même côté sont comprimés ou si la lésion intéresse la partie externe du chiasma optique, il y a amaurose du même côté et hémiopie temporale du côté opposé. L'hémiopie temporale double n'est possible que si la lésion intéresse la partie moyenne du chiasma.

Kahler a observé une femme de 46 ans atteinte de ce symptôme depuis septembre 1886, avec céphalée nocturne depuis novembre. Anosmie double acquise. Pas d'antécédents spécifiques. Jusqu'à présent le traitement mixte n'a donné aucun résultat. La malade présente en outre de l'albuminurie sans symptôme de maladie rénale, ce qui serait en rapport avec une lésion de la base du cerveau. BARBE.

XVIII. — Le trouble de l'œil, décrit par Salgo, consiste en ce que la contraction de la musculature de l'iris se fait d'une façon irrégulière, de telle sorte que le bord pupillaire prend une forme plus ou moins différente de la forme circulaire, et devient soit triangulaire soit polygonal à angles arrondis, ou encore ressemble à une fente verticale, comme chez le chat; dans quelques cas même, une partie de l'iris reste immobile, comme retenue par une synéchie, bien qu'il n'existe absolument aucune adhérence de ce genre. La forme prise par chaque pupille n'est pas toujours la même dans les différents mouvements. L'auteur considère ce trouble moteur comme se montrant avec le plus de fréquence dans la paralysie générale progressive des aliénés, mais il l'aurait observé aussi dans d'autres psychoses chroniques; il pense qu'on peut, suivant toute vraisemblance, l'attribuer à une origine corticale.

PIERRE MARIE.

XIX. — D'après l'auteur, le temps qui sépare la percussion du tendon rotulien d'avec le début de la contraction du triceps fémoral répond environ au quart du temps nécessaire pour un réflexe cutané du genou, et ne l'emporte que très peu sur le temps perdu observé dans l'excitation électrique directe du muscle.

Le phénomène du genou serait donc trop rapide dans sa production pour qu'on puisse en admettre la nature réflexe; il serait dû à l'excitation directe des fibres musculaires par le fait de leur brusque extension; opinion en contradiction avec les résultats obtenus par la plupart des physiologistes et des cliniciens. A. CHAUFFARD.

XX.— De Watteville redressant une assertion inexacte qui lui avait été prêtée par Rybalkin insiste sur ce fait que le temps perdu du phénomène du maxillaire inférieur est de 0,02 de seconde; ce serait d'après lui un signe qu'il s'agit là non pas d'un réflexe et notamment d'un réflexe périostal comme tend à le croire Rybalkin, mais d'une excitation directe du muscle. De Watteville, avec une partie de l'école anglaise, pense d'ailleurs qu'en général les phénomènes désignés sous le nom de réflexes tendineux ne sont pas des réflexes, mais le résultat d'une excitation directe du muscle. Même le fait considéré comme de nature essentiellement réflexe que chez certains malades la percussion du tendon rotulien amène une secousse aussi dans l'autre jambe pourrait pour de Watteville s'expliquer par la théorie de l'excitation directe.

En effet, d'après cet auteur, il s'agit là simplenent d'une contraction déterminée dans l'autre jambe par le tiraillement des muscles occasionné par le mouvement du bassin auquel donne lieu la secousse produite par la contraction des muscles de la jambe percutée. De Watteville ajoute quelques autres considérations intéressantes pour soutenir cette théorie et rappelle notamment les travaux de Waller sur ce sujet.

PIERRE MARIE.

XXI. — Un homme de 24 ans, cardiaque, ayant eu de violentes céphalalgies depuis quelques jours, entre à la Charité de Berlin avec de la raideur de la nuque, et meurt le lendemain de son entrée. A l'autopsie faite par Grawitz, on trouve de nombreuses embolies dans les branches de la sylvienne droite avec plusieurs petites hémorragies de la pie-mère ; la lésion la plus importante est une plaque hémorragique recouvrant la partie postérieure de la deuxième frontale, empiétant sur la troisième, longeant la pariétale antérieure et venant recouvrir les parties avoisinantes de la face interne du cerveau.

Frænkel fait remarquer que Munk localise chez le singe le centre psycho-moteur du cou en avant du sillon de Rolando et Wernicke chez l'homme immédiatement en avant de la partie moyenne de la pariétale antérieure. Le fait qu'il a observé vient donc à l'appui de ces deux opinions. D'autre part, une lésion cérébrale unilatérale a produit une contracture bilatérale ; Hitzig a déjà signalé ce fait non seulement pour les muscles du cou, mais aussi pour ceux des lombes. P. GALLOIS.

I. — Mittheilungen über pseudobulbär und acute bulbär Paralyse, par H. OPPENHEIM et E. SIEMERLING (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 791, *novembre* 1886).

II. — Abcès tuberculeux et tubercules crus multiples du pont de Varole, par A. D'ESPINE (*Revue médic. de la Suisse romande*, *VI*, *p.* 371, *juin* 1886).

III. — Cysticerci of tænia solium in cerebrum and fourth ventricle (Cysticerques du cerveau et du 4e ventricule), par Harrington DOWTY (*The Lancet*, 10 *juillet* 1886).

IV. — Note sur une tumeur du plexus choroïde du 4e ventricule et sur un kyste du cervelet, par MAYET (*Lyon méd.*, *p.* 479, *décembre* 1886).

V. — Les névrites périphériques dans le tabes dorsalis, par PREVOST (*Rev. méd. Suisse romande*, *VI*, *p.* 649).

VI. — Ueber einen Fall von Meningitis cerebro-spinalis, par TELEKY (*Soc. des méd. de Vienne*, 10 *décembre* 1886).

VII. — An outbreak of cerebro-spinal fever, par MACLAGAN (*Edinb. med. journ. août, septembre, décembre* 1886).

I. — Oppenheim et Siemerling ont eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de 5 malades atteints de paralysie pseudo-bulbaire ou paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale.

Il s'agissait d'individus âgés de 40 à 50 ans qui, à la suite d'attaques apoplectiques avec ou sans perte de connaissance, avaient offert, à côté de la paralysie des membres, des symptômes bulbaires. Tous présentaient le trouble de la partie caractéristique des affections de la moelle allongée : nasonnement considérable, articulation défectueuse par suite de l'affaiblissement des muscles des lèvres et de la langue, faiblesse et raucité de la voix, parfois même aphonie passagère. A un stade plus avancé, souvent la parole devenait complètement inintelligible. En outre, tous ces malades offraient un phé-

nomène très frappant. Dès qu'ils essayaient de parler, ils se mettaient à pleurer ou à sangloter d'une façon presque convulsive; les muscles de leur visage se contractaient, leur face rougissait ou devenait livide, leur respiration s'arrêtait en expiration et leur pouls devenait petit, irrégulier ou même intermittent. Constamment, il y avait de la paralysie des deux nerfs faciaux inférieurs, une parésie du voile palatin et de la dysphagie. Souvent, l'excitabilité réflexe de la muqueuse palato-pharyngée était diminuée ou même abolie. Il existait ordinairement un certain degré de paralysie des muscles linguaux. Les troubles respiratoires formaient l'un des symptômes les plus saillants. Les malades étaient en proie à des accès de dyspnée ou de respiration du type Stokes revenant par intervalles durant une longue période et s'accompagnant plusieurs fois d'une élévation de la température. Trois des malades avaient de la parésie des cordes vocales; trois aussi une atrophie de l'un ou des deux nerfs optiques. Les muscles paralysés n'étaient pas atrophiés et réagissaient normalement aux courants électriques. Les membres étaient toujours affaiblis, et cela d'un côté plus que de l'autre, et les inférieurs habituellement davantage que les supérieurs. L'intensité des troubles paralytiques n'était d'ailleurs pas tout le temps la même. Toujours il y avait de la contracture avec exagération des réflexes tendineux. Certains malades présentaient de légers troubles de la sensibilité. Les fonctions psychiques étaient, chez tous, plus ou moins affaiblies; démence, apathie, obnubilation intellectuelle et périodes d'excitation passagères. La marche de la maladie était progressive mais entrecoupée de poussées et de rémissions.

Or, à l'autopsie, tous ces malades offraient, outre des foyers dans les hémisphères cérébraux, des altérations de la protubérance et du bulbe. Voici, en effet, quelles étaient les lésions anatomopathologiques : artériosclérose considérable et constante intéressant surtout les artères de la base de l'encéphale qui étaient plus ou moins dilatées; foyers morbides, également constants, dans les deux hémisphères cérébraux, au niveau de la capsule interne, dans des gros ganglions de la couronne rayonnante ou des circonvolutions frontales et temporales. Lésions microscopiques de la protubérance et du bulbe peu marquées à l'état frais, sauf dans un cas, où il existait au sein de la première un petit foyer de ramollissement. En revanche, après durcissement, le microscope y révélait la présence d'un grand nombre de foyers de ramollissement, occupant les points les plus divers.

Oppenheim et Siemerling concluent de ces faits que : 1° le nombre déjà fort restreint des observations de paralysie pseudo-bulbaire doit être encore diminué, car toutes ne contiennent pas un examen soigneux de la protubérance et du bulbe ; 2° la forme mixte ou cérébro-bulbaire de la paralysie glosso-laryngée paraît être une forme très commune des paralysies bulbaires d'origine apoplectique, car un assez grand nombre des faits rapportés sous le titre de paralysies aiguës de bulbe, présentent, à côté des lésions bulbaires, des foyers de ramollissement cérébral; 3° le diagnostic différentiel, sauf en l'absence de commémoratifs, est possible entre la paralysie progressive du bulbe (type de Duchenne) et les formes apoplectiques ; 4° le diagnostic du siège bulbaire ou cérébral des diverses formes aiguës est impossible ; jamais, durant la vie, on ne peut affirmer le diagnostic de paralysie pseudo-bulbaire dans le sens strict du mot.

Un seul des malades d'Oppenheim et Siemerling a présenté de l'atrophie musculaire des membres supérieurs. Chez un autre malade, à l'autopsie, on a trouvé, entre les foyers cérébraux, une dilatation de l'artère vertébrale gauche si considérable qu'elle avait provoqué une myélite par compression de voisinage sur les parties correspondantes du bulbe

et de la protubérance, lésant d'abord les pyramides, surtout la gauche, une partie des olives et des olives acuminées et les nerfs glosso-pharyngiens. Les troubles fonctionnels notés pendant la vie étaient d'ailleurs beaucoup plus étendus et plus variés que les altérations histologiques.

J. B.

II. — Jeune homme de 24 ans, d'apparence robuste ; atteint six ans auparavant d'une pleurésie gauche.

Début de la maladie actuelle, il y a un mois, par une violente céphalalgie du côté gauche qui, depuis lors, a persisté en augmentant tous les soirs, de façon à empêcher le sommeil.

Il y a six jours, faiblesse dans les membres gauches survenue sans attaque ni perte de connaissance Depuis trois jours, vomissements continus et vertiges dès que le malade tourne la tête.

Les membres gauches et la moitié correspondante de la face sont le siège de fourmillements continuels.

Etat actuel : Hémiplégie motrice gauche incomplète, à peine indiquée à la face. Hémianesthésie plus accentuée et s'étendant non seulement aux membres mais encore à la face et au cuir chevelu. Apyrexie. Pouls ralenti à 52.

Léger strabisme convergent dû à une parésie de la 6e paire droite. Un peu de nystagmus vertical dans le regard en haut. Pupilles égales étroites et paresseuses.

Du côté des poumons, craquements au sommet gauche et submatité à la base gauche en arrière.

Toux rare, bacilles tuberculeux dans les crachats.

Diagnostic : Tubercule de la partie droite de la protubérance.

L'hémiplégie motrice alla en augmentant.

Au bout de quelques jours, la céphalalgie gagne tout le côté droit de la tête. Sensibilité gustative nulle des deux côtés. Disparition rapide de l'ouïe du côté gauche. Troubles vasomoteurs variés du côté de la face (injection et larmoiement de l'œil droit) et du membre supérieur gauche (chaleur, dilatations veineuses) ; la température axillaire est constamment plus élevée (de 2 à 6/10 à gauche. A partir du 7e jour, légère ptosis à gauche ; le 10e, hémiplégie faciale droite ; dès le lendemain, la paralysie du facial supérieur est complète et la langue est déviée à gauche. A deux reprises, paralysie vésicale passagère; urines normales. Intelligence entière jusqu'à la fin. Enfin, les vomissements ont été le symptôme dominant jusqu'à la mort ; ils étaient toujours provoqués ou exagérés par les mouvements de la tête.

Mort sans accidents particuliers, le 17e jour d'hôpital.

Autopsie : Caverne tuberculeuse en voie de cicatrisation dans le lobe supérieur du poumon gauche qui est adhérent; quelques granulations fibreuses dans le reste de ce poumon. Noyau de pneumonie lobulaire et quelques granulations grises dans le poumon droit.

Méninges, hémisphères cérébraux et cervelet sains. En sortant le cerveau, le pédoncule cérébral droit se rompt et livre passage à un flot de pus provenant d'un abcès tuberculeux enkysté, situé dans la moitié droite et extérieure de la protubérance où il occupe les parties latérales de l'étage supérieur. Il s'agit d'une caverne à bords rigides formés par une membrane épaisse de 1 à 2 millimètres et présentant à la coupe une couleur jaunâtre. Les limites de la poche sont : en avant, le bord extérieur de la protubérance dont elle est séparée par un 1/2 centimètre de tissu ; en arrière, la partie moyenne du 4e ventricule ; en haut elle affleure sous le plancher du 4e ventricule. Le pus de l'abcès contient une multitude de bacilles tuberculeux. En faisant des coupes antéro-postérieures à diverses hauteurs, on constate dans la protubérance quelques tubercules caséeux non ramollis, entourés chacun d'une zone grise vasculaire. Deux d'entre eux occupent la place assignée au

noyau de la 6e paire, celui du côté droit est plus ancien ; celui du côté gauche se prolonge, sous forme d'une zone jaunâtre, sous le plancher du 4e ventricule, jusqu'à la place assignée au noyau interne de l'acoustique. Pédoncules cérébraux normaux à part le ramollissement œdémateux du droit. Région du nerf de la 3 paire parfaitement sain.

On peut, par l'analyse des observations, établir avec une grande probabilité les deux points suivants relatifs au trajet du faisceau commun de chaque hémisphère qui régit la déviation des globes oculaires :

1° Le faisceau commun, au moment de sa réflexion, ne se confond pas avec le noyau de la 6e paire. En effet dans plusieurs observations (Hallopeau (*Archiv. de physiol.*, 1876, Lichtheim, *Archiv. f. klin. Med.* XXXVII), le noyau de la 6e paire était détruit, sans qu'il en résultât une paralysie durable du droit interne du côté opposé.

2° La réflexion doit avoir lieu entre la ligne médiane et le noyau de la 6e paire. Ce point nouveau semble résulter très nettement de l'observation apportée ci-dessus. En effet, la paralysie conjuguée double a passé par trois phases successives. Dans la première, l'œil droit ne pouvait plus se mouvoir en dehors (paralysie de la 6e paire droite), tandis que le droit interne gauche fonctionnait parfaitement, la déviation secondaire était très marquée. Dans la seconde phase, les deux yeux étaient privés des mouvements de latéralité : l'œil gauche incomplètement, il ne pouvait plus regarder en dedans (paralysie du droit interne gauche) mais pouvait encore exécuter quelques mouvements en dehors. Dans la troisième phase, tout mouvement latéral était devenu impossible (paralysie complète de la 6e paire gauche). Ainsi donc, l'inflammation tuberculeuse a marché de droite à gauche et a dû détruire, en passant de l'un des noyaux de la 6e paire à celui du côté opposé, les fibres conjuguées allant au noyau de la 3e paire pour le droit interne opposé. C'est la place occupée par le faisceau longitudinal postérieur regardé par plusieurs anatomistes comme une commissure unissant entre eux divers noyaux des nerfs de la base du crâne.

3° Le trajet de ce faisceau à travers la protubérance doit être très voisin de la paroi du 4e ventricule et ne doit franchir la ligne médiane qu'au niveau des tubercules quadrijumeaux. C'est le seul moyen d'expliquer une observation de Gubler (*Gazette hebdom.*, 1858), dans laquelle une petite tumeur située à ce niveau, en arrière des tubercules quadrijumeaux, détermine un strabisme externe du côté opposé, et par conséquent une paralysie du droit interne de ce côté.

D'Espine insiste en outre sur la surdité complète de l'oreille gauche qui se développa sous ses yeux et qui s'explique par la transformation tuberculeuse du noyau interne du nerf acoustique étalé sous les parties latérales du 4e ventricule, en dehors du noyau de la 6e paire. J. B.

III. — Observation d'une femme qui, à l'âge de 29 ans, fut prise, sans cause connue, de troubles cérébraux bizarres, caractérisés par de la torpeur intellectuelle, du manque de mémoire, une irascibilité marquée ; bientôt après, hésitations de la parole, mots oubliés ou transposés, puis hébétude croissante, remplacée au bout de deux ans par une attaque de manie aiguë pour laquelle on la fait entrer à l'hôpital. Au bout de quelques mois, l'état maniaque fait place peu à peu à la démence : embarras croissant de la parole, faiblesse et incoordination du mouvement des jambes. A la suite d'une attaque convulsive, les membres droits se paralysent graduellement, puis se contractent.

Un an plus tard (sept ans et demi après le début), la malade commence à avoir des attaques de vomissement, puis des accès épileptiformes frustes. Enfin, les membres gauches se paralysent à leur tour, les accès épileptiformes augmentent de fréquence et d'intensité, les vomissements se répètent, la démence devient complète et l'aphasie absolue. La malade meurt dans le coma avec respiration de Cheyne-Stokes. On la considérait comme atteinte de tumeur cérébrale.

A l'autopsie, on trouve les ventricules cérébraux énormément dilatés, renfermant près d'une pinte de liquide séreux clair; hémisphère gauche atrophié, réduit à une mince coque de substance grise; hémisphère droit moins complètement détruit, la substance blanche persiste bien que très amincie. Au niveau de la première circonvolution frontale gauche, dans la substance blanche sous-jacente à l'écorce, on trouve un kyste de la grosseur d'un pois, formé par un cysticerque de tænia solium. Dans la cavité du quatrième ventricule, autre kyste semblable, légèrement adhérent à l'aqueduc de Sylvius, qui est dilaté, et atteint presque le diamètre d'une plume d'oie, surtout au niveau de son extrémité supérieure.

L'auteur attribue tous les accidents observés à la présence des cysticerques, qui auraient par conséquent séjourné *douze ans* dans l'encéphale sans subir de dégénérescence. H. BARTH.

IV. — Les deux observations de Mayet peuvent se résumer ainsi :

Obs. 1. — Cultivateur, âgé de 24 ans, atteint depuis longtemps d'otorrhée. Début de l'affection, il y a trois ans, par des vomissements, de la céphalée et des étourdissements. Ces symptômes font place progressivement à un état vertigineux continuel, avec démarche ébrieuse et affaiblissement des membres, nystagmus léger, diminution de la vue à droite, œdème de la papille oculaire, finalement cécité totale. La sensibilité devient obtuse sous forme d'hémianesthésie gauche : parésie ultime, surtout marquée aux membres supérieurs, avec atrophie musculaire des muscles de la main.

A l'autopsie, tumeur charnue née aux dépens du plexus choroïde et remplissant le quatrième ventricule, en comprimant le cervelet et le bulbe. Histologiquement, elle présente les caractères d'un sarcome fusiforme télangiectasique. Il est à remarquer que les symptômes cliniques ont été plutôt ceux d'une tumeur cérébelleuse que d'une lésion bulbaire (absence d'albuminurie, de glycosurie, de dysphagie, de surdité).

Obs. 2. — Femme de 33 ans. Céphalée frontale, puis occipitale pendant près d'un mois. A ce moment, invasion des accès épileptiformes, suivis de ptosis, de mydriase et d'affaiblissement de la vue; bientôt après, vomissements, état vertigineux continuel sans ataxie véritable; diminution progressive de l'intelligence, mort subite.

On trouve à l'autopsie, dans le cervelet, une tumeur kystique contiguë à l'origine du pédoncule cérébelleux moyen. H. R.

V. — Homme sans hérédité nerveuse, chez lequel les premiers troubles de la marche sont apparus à l'âge de 32 ans, il y a 17 ans. Mais l'ataxie ne tarda pas à être plus accentuée dans les membres supérieurs que dans les inférieurs. Douleurs fulgurantes fréquentes dans le nez. Morphinomanie, onyxis des gros orteils; fracture spontanée de l'humérus qui se réunit malgré l'absence d'immobilisation; hématémèses et melœna; crises gastriques vésicales et rectales; troubles de la sensibilité très accentués. Mort à la suite d'une récidive de suppuration d'une bourse séreuse anormale du sacrum.

A l'autopsie, atrophie des racines postérieures de la moelle, plus prononcée à la région inférieure; au contraire, sclérose des cordons postérieurs, décroissante de haut en bas. Cordons latéraux sains de même que la substance grise. Nerfs cutanés du pied et poplité dégénérés, les premiers plus que le second.

J. B.

VI. — Fille de 19 ans atteinte brusquement de courbature avec frisson et agitation. On constate dès le premier jour, au cou et aux bras, des ecchymoses qui, au bout de quelques heures, s'étendent à toute la surface des téguments. On songe à la variole hémorragique.

Céphalée, abattement, 39°, trismus.

Le 2e jour, vomissements, ptosis, albuminurie; le 3e jour, surdité, parésie du bras gauche; le 4e jour, douleur à la nuque, tremblement; le 5e jour, hyperesthésie, gonflement de plusieurs jointures; le 8e jour, diplopie.

Au commencement de la 6e semaine, hallucinations de la vue et de l'ouïe, délire, paralysie de la face du côté gauche; le 55e jour, accès épileptiforme; le 82e jour, mort après des alternatives de bien-être et de malaise.

Autopsie : à la face interne des méninges de la base et de la moelle, liquide laiteux épais; même liquide dans les ventricules. L. GALLIARD.

VII. — T. J. Maclagan a observé à Dundee, pendant l'hiver de 1877-78, une épidémie qui lui paraît devoir être rapportée à la méningite cérébro-spinale; il a soigné 34 malades.

Les premières manifestations consistaient en une céphalalgie plus intense et plus durable que celle que l'on trouve au début du typhus et de la fièvre typhoïde. Les malades présentaient une sorte d'aspect anxieux, reflétant la crainte de la douleur, plus que la douleur elle-même, surtout lorsqu'il y avait de l'hyperesthésie.

Dans 24 cas s'est montrée une éruption représentée par des taches irrégulières, d'une teinte rouge rosé, sans élevure, disparaissant par la pression. Ces taches variaient du diamètre d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Généralement, elles siégeaient sur le tronc et les membres; quelquefois on les a vues sur le cou et la face. Elles se montraient du cinquième au dixième jour, quelquefois plus tard. Elles duraient plus ou moins longtemps.

Des pétéchies se sont produites dans six cas : quatre fois elles coïncidaient avec les taches rouges. Rarement on a vu survenir des sudamina; plus souvent une desquamation cutanée consécutive aux éruptions.

La fièvre a duré de 9 à 20 jours, en moyenne 16 jours. La température a atteint parfois et même dépassé 105° F; le plus souvent elle n'allait pas au-delà de 102 à 104°.

Les manifestations cérébro-spinales ont été représentées par la céphalalgie du début, plus marquée que dans les autres fièvres; la douleur le long de la colonne vertébrale, plus accentuée vers la région cervicale et la région lombaire que vers la région dorsale.

Le tétanos n'a été vu qu'une fois.

Le délire n'était marqué que dans les cas graves, mortels. En général, il était moins intense que dans la fièvre typhoïde.

Peu de chose du côté des poumons : quelques râles sibilants très superficiels; une petite toux fréquente, mais surtout une sensation particulière de dyspnée.

Dans quatre cas seulement, des épistaxis.

L'albuminurie a été vue dans la moitié des cas.

Habituellement, il y avait de la constipation; cependant la diarrhée a existé dans quelques cas.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse, transmissible, par simple voisinage, d'un individu à un autre. La chose qui lui paraît incontestable, pourrait cependant, peut-être, être révoquée en

doute. Il est à remarquer, en effet, que les malades observés habitaient dans quelques maisons seulement ; que la maladie s'est très peu transportée de maison à maison. On peut se demander, en conséquence, si ce n'est pas dans ces habitations mêmes, dans leur sol, dans l'eau qu'on y buvait, etc., que résidait le principe pathogénique. La maladie survenue chez un ou deux individus qui avaient visité ces malades, n'est pas une preuve du contraire. Il faut noter encore, en faveur de cette façon de voir, que la durée de l'incubation n'a pu être fixée d'une façon précise : de 4 à 20 jours, ce sont là des limites bien élastiques. A. MATHIEU.

I. — **Leçons sur les maladies du système nerveux, par A. VULPIAN** (*In-8° de 798 pages, Paris, tome II*, 1886).

II. — **Degeneration des Goll'schen Stränge bei einem Potator (Dégénération des cordons de Goll chez un buveur), par O. VIERORDT** (*Arch. f. Psych. u. Nervenk., Band XVII, Heft* 2, *p.* 365).

III. — **Ueber die Anomalien der Empfindung und ihre Beziehungen zur Ataxie bei Tabes dorsalis (Des anomalies de la perception sensitive et de ses rapports avec l'ataxie dans le tabes), par STERN** (*Ibidem, Band XVII, Heft* 2, *p.* 485).

IV. — **Nachträgliche Bemerkung, etc. (Remarque additionnelle au mémoire précédent), par STERN** (*Ibidem, Heft* 3, *p.* 901).

V. — **I disturbi funzionali del simpatico nella tabe dorsali (Troubles fonctionnels du sympathique dans le tabes), par BASSO** (*Annali univ. di med. e di chir., juillet* 1886).

VI. — **Ueber vorübergehende Lähmung im Prodromal stadium der Tabes (Paralysie temporaire avec réaction de dégénérescence dans le stade prodromique du tabes), par G. FISCHER** (*Berl. kl. Woch., p.* 561, *août* 1886).

VII. — **Vorübergehende Lähmung des Nervus radialis im Anfangsstadium der Tabes (Paralysie passagère du nerf radial au stade initial du tabes), par A. STRUEMPELL** (*Ibidem, p.* 611, *septembre* 1886).

VIII. — **Ueber Fortdauer des Kniephænomens bei Degeneration der Hinterstränge, etc. (Persistance du phénomène du genou dans le tabes), par C. WESTPHAL** (*Arch. f. Psych. und Nervenk., Band XVII, Heft* 2, *p.* 547, 1886).

IX. — **Ataxie locomotrice, arthropathie des hanches et de la colonne vertébrale, fracture spontanée de la jambe, par AUCHÉ** (*Journ. de méd. de Bordeaux, janvier* 1887).

X. — **Ueber einen mit Gelenkerkrankung und Stimmbandlähmung einhergehenden Fall von Tabes (Tabes avec arthropathie et paralysie de la glotte), par E. KRAUSS** (*Berl. klin. Woch., p.* 744 *et* 800, *octobre-novembre* 1886).

XI. — **Mental symptoms with locomotor ataxy, par H. SAVAGE** (*Brit. med. j., p.* 963, *novembre* 1886).

XII. — **Sur l'existence d'altérations nucléaires dans certaines paralysies oculaires chez les tabétiques), par DÉJERINE et DARKCHEVITCH** (*Soc. biol., 5 février* 1887).

XIII. — **Contribution à l'étude pathogénique de l'amyotrophie tabétique, par J. CONDOLÉON** (*Thèse de Paris*, 1887).

XIV. — Faits pour servir à l'étude des rapports du traumatisme avec le tabes, par STRAUS (*Arch. de physiol.*, 15 *novembre* 1886).

XV. — Ueber Beziehungen zwischen Tabes und Diabetes mellitus (Rapports entre le tabes et le diabète sucré), par G. FISCHER (*Centralbl. f. Nervenheilk.* 15 *septembre* 1886).

XVI. — Ueber Herzaffectionen bei der Tabes dorsalis (Affections du cœur dans le tabes), par LEYDEN (*Centralbl. f. klin. Med., p.* 1, 1887).

XVII. — Arthropathie tabétique du cou-de-pied, par ROLTER (*Berl. kl. Woch., p.* 836, *novembre* 1886).

XVIII. — Discussion sur l'arthropathie tabétique, à la Société médicale de Berlin (*Ibidem, p.* 851, *décembre* 1886).

XIX. — Demonstration eines Falles von Arthropathia tabidorum, par BENSCH (*Ibidem, p.* 870, *décembre* 1886).

XX. — Ataxic paraplegia, par GOWERS (*The Lancet*, 3 *juillet* 1886).

XXI. — Sclérose médullaire systématique combinée, par BABINSKI et CHARRIN (*Revue de médec., novembre* 1886).

XXII. — Méningo-myélite pseudo-systématique, par RAYMOND et TENNESON (*Arch. de physiol.*, 1er *juillet* 1886).

XXIII. — Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique, par A. FLORAND (*Thèse de Paris*, 1887).

XXIV. — Essai sur la nature des lésions dans la maladie de Parkinson, par H. DUBIEF (*Thèse de Paris*, 1887).

XXV. — Un cas d'hémilésion de la moelle épinière, par A. GILBERT (*Arch. de neurologie, mai* 1886).

I. — Dans ce deuxième volume, Vulpian poursuit la description des maladies de la moelle épinière.

L'étude des scléroses des faisceaux postérieurs et latéraux et des amyotrophies constitue la plus grande partie de ce volume.

La sclérose primitive des faisceaux latéraux présente deux formes différentes et qui doivent être étudiées séparément, suivant qu'elle s'accompagne d'amyotrophie ou que, comme dans les cas de Westphal, elle ne lui donne pas lieu.

Le tabes dorsal spasmodique ne doit pas comprendre la plupart des faits qui ont été publiés sous ce nom et qui appartiennent bien certainement à d'autres affections ; quelques cas, cependant, se rapportent bien à cette myélopathie, mais une seule observation, publiée par Morgan, peut échapper à toute critique.

Les mouvements réflexes désignés sous le nom de réflexes tendineux ont pour point de départ la distension du muscle, dont l'impression transmise à la région de la substance grise médullaire où se rendent les fibres sensitives du muscle donne lieu à une contraction réflexe, brusque et énergique, du muscle surdistendu.

Les scléroses primitives combinées, caractérisées par des lésions variables, donnent lieu à des symptômes également variables et sont d'un diagnostic parfois difficile avec la maladie de Friedreich.

Pour l'anatomie pathologique de la poliomyélite antérieure aiguë de

l'enfance (paralysie infantile), Vulpian adopte les idées de Roger et Damaschino.

L'existence de la paralysie générale spinale diffuse subaiguë de Duchenne n'est pas un type morbide dont l'existence distincte soit prouvée et, pour Vulpian, les observations publiées sous ce nom ne sont que des faits de myélite diffuse.

L'atrophie musculaire progressive se produit souvent à la suite de l'exposition au froid humide, à la suite de fatigues excessives, à la suite d'arthrites de longue durée ; les lésions des cellules des cornes antérieures sont de nature subinflammatoire.

La paralysie pseudo-hypertrophique ne peut être sans hésitation rangée dans le groupe des atrophies dites myopathiques, dont elle diffère au moins par cette particularité qu'elle débute par des phénomènes paralytiques primitifs, sans diminution concomitante de la contractilité musculaire. La moelle épinière doit jouer un rôle dans la pathogénie.

On ne sait pas encore si la pseudo-hypertrophie musculaire, l'atrophie musculaire progressive myogénique de Lichtheim et la myopathie atrophique progressive de Landouzy et Déjerine sont des formes diverses d'une même affection ; la preuve anatomique de la localisation des lésions dans les diverses catégories de faits permettra seule de faire une classification définitive des formes de l'atrophie musculaire progressive. Il n'est pas impossible, à la rigueur, que l'atrophie musculaire progressive de l'enfance ne soit myopathique qu'en apparence et qu'en réalité la cause instigatrice du travail morbide, dont les muscles sont le siège, soit un affaiblissement ou un trouble du pouvoir trophique des cellules motrices de la moelle épinière.

La paralysie labio-glosso-laryngée présente de bien plus grandes analogies avec la sclérose latérale amyotrophique, dont les lésions s'observent d'ailleurs très souvent en même temps qu'elle, malgré l'absence de ses symptômes, qu'avec l'atrophie musculaire progressive, dont elle diffère par ce fait que l'atrophie n'est pas en rapport avec le degré de la paralysie.

La sclérose en plaques est loin d'être souvent la conséquence de maladies infectieuses, car on la rencontre dans des cas où l'interrogatoire le plus attentif ne fait découvrir aucune trace de ces maladies. La guérison de cette affection n'est pas encore prouvée : la sclérose en plaques est une maladie à marche irrégulière, coupée quelquefois par des arrêts ou des améliorations de plus ou moins longue durée, mais c'est une maladie progressive et se terminant par la mort.

Le tremblement de la paralysie agitante est sous la dépendance de troubles protubérantiels ; néanmoins la moelle n'est pas toujours étrangère à la production de cette maladie, car on y observe des douleurs rachidiennes et des douleurs dans les membres. GEORGES THIBIERGE.

II. — Vierordt publie l'observation d'un ouvrier, âgé de 30 ans, habitué à boire de grandes quantités d'eau-de-vie et qui, depuis le mois de mars 1884, ressentait de la faiblesse dans les membres inférieurs et une certaine incertitude de la démarche ; depuis cette époque, il était sujet à des douleurs fulgurantes, avec alternatives d'amélioration et d'exacerbation. Au mois de janvier 1885, époque à laquelle le malade se fit admettre à l'hôpital de Leipzig, son état était le suivant : aux membres supérieurs amaigrissement des muscles qui étaient très douloureux à la pression. Aux membres inférieurs, amai-

grissement des masses musculaires, diminution marquée de la force contractile, un peu d'incoordination motrice, sensibilité cutanée, un peu émoussée à la face interne des mollets, sensibilité musculaire intacte, douleur manifeste à la pression des muscles. Paresthésies sous forme d'engourdissement, de fourmillements. Démarche ataxique ; en outre le malade traîne les pieds en marchant, comme un homme épuisé de fatigue. Il lui est impossible de se tenir d'aplomb les yeux fermés. On porta le diagnostic de névrite multiple d'origine alcoolique, non sans faire des réserves.

Dans la suite, l'incoordination motrice fit des progrès ; le malade devint en proie à des douleurs névralgiques violentes ; exagération colossale de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles, avec intégrité de l'excitabilité électrique. Le malade éprouvait souvent des sensations douloureuses pendant les contractions actives de ces muscles. Tout à la fin, hyperesthésie cutanée très marquée aux membres inférieurs, surtout à la plante des pieds. Réflexe plantaire très prononcé ; abolition des réflexes tendineux. Intégrité des sphincters. Depuis le commencement de mars, le malade présentait des signes d'excavation pulmonaire. Dans les premiers jours d'avril, œdème de la jambe gauche, par suite d'une thrombose de la veine fémorale ; pleurésie exsudative à gauche. Mort.

Autopsie : Leptoméningite spinale, à laquelle l'auteur n'attache pas d'importance ; dégénérescence des cordons de Goll dans la moelle allongée, dans les segments cervical et dorsal de la moelle, en outre dans le segment dorsal, légère dégénérescence des parties latérales des cordons postérieurs ; dégénérescence des racines postérieures peu marquée dans la moitié inférieure du segment dorsal, très prononcée sur toute l'étendue du segment lombaire là où la moelle ne présente aucune trace d'altération. La distribution de la dégénérescence du cordon de Goll était la suivante : dans la moelle allongée, elle intéressait toute l'épaisseur du cordon, dans la partie supérieure du segment cervical, elle occupait la région postérieure du cordon, dont la partie la plus reculée était toutefois bordée par une zone de tissu sain ; dans le segment dorsal, la zone de dégénérescence était également distante de la périphérie du cordon et de la commissure. Des fragments de nerfs périphériques, sciatique, radial, rameaux intra-musculaires, présentaient une structure absolument normale. Des fragments de muscles enlevés sur les quadriceps et les péroniers étaient le siège d'une prolifération interstitielle de noyaux ; fibres musculaires intactes.

Examinant la question de savoir si, dans ce cas, la dégénérescence des racines postérieures a précédé la dégénérescence des cordons de Goll ou si elle lui a été consécutive, l'auteur se prononce en faveur de cette seconde hypothèse. Pour ce qui est de la pathogénie les principaux symptômes observés chez le malade, les douleurs lancinantes dans les membres inférieurs et l'abolition du phénomène du genou, doivent être rapportées à la dégénérescence des racines postérieures dans le segment lombaire. Il est difficile de donner une explication plausible de l'exagération de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles, et de l'hyperesthésie musculaire à la pression. Peut-être ce dernier phénomène était-il en relation avec la prolifération des noyaux dans les interstices des fibres musculaires, altération que Fraenkel a rencontrée dans les muscles d'un certain nombre de phtisiques. Vierordt déclare ensuite que son observation ne saurait actuellement jeter beaucoup de jour sur la symptomatologie de la dégénérescence de Goll. Il rappelle en terminant que Pierret et Friedreich ont publié chacun une observation de dégénérescence spinale limitée aux cordons de Goll et qu'il existe entre ces trois faits des différences très tranchées. E. RICKLIN.

III. — A l'instigation d'Oppenheim, Stern a étudié l'état de la sensibilité chez 80 malades affectés de tabes dorsalis. Nous n'entrerons pas dans le détail des résultats annoncés par l'auteur. Nous signalerons seulement quelques points nouveaux. Ainsi, d'après Stern, les hyperesthésies s'observent rarement dans le cours du tabes ; elles sont le plus souvent de courte durée et n'occupent qu'une faible étendue des téguments. L'anesthésie intéresse le plus souvent la sensibilité à la douleur. Pour ce qui est de la topographie des troubles de la sensibilité dans les cas de tabes, Stern conteste l'exactitude des résultats annoncés par Oulmont relativement à ce point spécial.

Chez un certain nombre de malades, Stern a constaté un trouble de la perception sensitive, consistant en ce que les malades ne se rendent pas compte de la qualité de l'impression et confondent les impressions tactiles avec les impressions douloureuses, thermiques et inversement ; d'autres fois, une impression déterminée donnait lieu à des sensations mixtes.

D'autres malades localisaient une impression unique en plusieurs points de la périphérie à la fois ou sur une certaine étendue, alors que l'impression initiale ne s'était exercée qu'en un point très limité, etc., etc.

Le trouble du sens musculaire, qui fait que les malades ne se rendent plus un compte exact de l'attitude et de la position de leurs membres, n'a manqué dans aucun cas de tabes parvenu à la période ataxique. Mais pas plus ce trouble que ceux qui portent sur la sensibilité tactile, ne suffit à rendre compte de l'ataxie. Il existe certainement une variété d'incoordination motrice qui ne relève que des appareils de la motilité, ce qui a lieu pour l'incoordination liée aux mouvements associés qu'on observe si fréquemment chez les tabétiques. L'ataxie peut dépendre aussi d'une perversion des mouvements spontanés. En somme, conclut Stern, la cause de l'ataxie qu'on observe dans le tabes nous échappe. E. RICKLIN.

IV. — Rosenbach a publié (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1884) des faits qui démontrent qu'à l'état normal, et dans certaines conditions psychiques, des impressions thermiques d'intensité et de durée moyennes développent d'abord une sensation tactile, puis une sensation douloureuse, et, en dernier lieu, une sensation thermique. Or, cette même décomposition des sensations développées par une même impression périphérique, a été constatée par Stern dans des cas de tabes. Et comme il lui a été impossible de reproduire le phénomène chez des sujets bien portants, avec des irritations périphériques d'égale intensité, Stern conclut qu'il s'agit bien là d'un phénomène d'ordre pathologique. E. R.

V. — Basso, se basant sur des faits empruntés à la littérature neurologique et sur des faits personnels, admet que le stade initial du tabes dorsal dépend d'un trouble fonctionnel du sympathique. Le stade ataxique dépend de lésions causées par une hyperémie nurroparalytique récurrente résultant des troubles du sympathique et produites lentement dans la moelle, le bulbe et quelquefois le cerveau. Le traitement possible seulement dans le premier stade, alors qu'il n'y a pas encore de sclérose, doit tendre à régulariser les appareils vaso-moteurs centraux et périphériques (hydrothérapie, électricité). Le tabes dorsal n'est pas une simple myélite, mais une maladie de tout le système nerveux. F. BALZER.

VI. — En 1866, à l'âge de 21 ans, le malade a eu un chancre syphilitique. En 1878, à la suite d'une chute de cheval, paralysie des muscles de l'épaule

gauche, suivie d'atrophie irrémédiable pour certains d'entre eux. En 1882, accès de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs ; un an plus tard, l'émission des urines commence à être laborieuse. Etat en septembre 1884 : Articulation scapulo-humérale gauche complètement immobile ; atrophie de tous les muscles de la région postérieure de l'épaule et notamment du deltoïde. Marche encore bonne. Emaciation des membres inférieurs; absence des réflexes tendineux ; paralysie des extenseurs des orteils, surtout à droite. Le nerf sciatique poplité externe du côté droit ne réagit aucunement aux deux espèces de courants. Les courants les plus énergiques ne déterminent au niveau du jambier antérieur et des péroniers droits que des contractions partielles, appréciables seulement à la main et présentant les signes de la dégénérescence. Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique au niveau du vaste externe sans les caractères de la réaction de dégénérescence; il en est de même à gauche où le nerf sciatique poplité externe et les muscles qu'il anime sont normaux.

Pas de troubles bien nets de la sensibilité. Pouls assez lent, sans élévation de la température.

Sous l'influence des frictions mercurielles, il se produisit une amélioration notable ; au bout d'une huitaine, on notait des mouvements volontaires dans les muscles animés par le nerf sciatique poplité externe droit, qui était redevenu sensible aux courants électriques. Mais la démarche conservait quelque chose de tabétique, vu la projection de la pointe des pieds. La jambe gauche avait repris ses fonctions normales, mais à droite les muscles offraient toujours la réaction électrique de dégénérescence. Disparition des douleurs lancinantes. Fonctions sphinctériennes normales. Les réflexes tendineux manquent toujours, les pupilles réagissent faiblement et présentent parfois des irrégularités. Deux mois plus tard, il ne restait plus trace de la réaction de dégénérescence et le pouls avait repris sa fréquence normale. En juillet 1885, la miction est redevenue paresseuse; pupille gauche dilatée ; en certains points, retard dans la conductibilité des impressions douloureuses. Nulle trace de paralysie, mais démarche toujours la même.

Fischer, après avoir discuté les diverses explications possibles, se rattache à l'idée d'une névrite parenchymateuse faisant partie des prodromes d'une ataxie locomotrice. Le caractère passager des troubles moteurs permet de les rapprocher des paralysies oculaires signalées depuis longtemps au début du tabes. J. B.

VII. — Homme de 55 ans, venu à la consultation pour une paralysie de la main gauche, survenue brusquement il y a trois jours. Tous les muscles de l'avant-bras, innervés par le radial gauche, sont paralysés, mais la sensibilité est partout intacte, de même que l'excitabilité électrique des muscles paralysés pour les deux espèces de courants.

Comme causes de cette paralysie radiale on pouvait éliminer la compression du nerf, le rhumatisme, le saturnisme. La profession de sommelier du malade l'invitait en revanche à boire. Néanmoins, il ne présentait aucun signe d'alcoolisme chronique et d'ailleurs le mode d'apparition de la paralysie, brusque, isolée et indolore, n'était pas celui habituel aux paralysies alcooliques. En procédant alors à un examen général et complet de cet homme, Strümpell fut fort surpris de rencontrer chez lui les signes d'une ataxie locomotrice commençante : rigidité réflexe complète des pupilles, absence absolue des réflexes rotuliens ; légère diminution de la sensibilité des membres inférieurs, marche vacillante quand les yeux sont fermés. Enfin le malade, questionné, déclara depuis des années ressentir parfois des élancements dans les jambes et avoir depuis un an des besoins fréquents et impérieux de miction Pas d'antécédents syphilitiques.

Le traitement électrique guérit en quatre semaines la paralysie radiale, mais les autres symptômes morbides n'éprouvèrent aucun changement. J. B.

VIII. — A plusieurs reprises Westphal a insisté sur ce que le territoire spinal dont la dégénérescence entraîne l'abolition du phénomène du genou est situé dans la portion du névraxe qui comprend la partie inférieure du segment dorsal et la partie inférieure du segment lombaire, et que, dans le sens de la largeur, le territoire embrasse la partie la plus externe des cordons postérieurs. Aux faits sur lesquels Westphal a étayé cette théorie sont venus se joindre deux nouveaux, dont l'auteur donne une relation très détaillée ; ce sont deux cas de tabes dorsalis.

Le premier concerne un tisserand âgé de 80 ans, qui ressentit les premiers symptômes du tabes en 1882. L'année suivante (5 juillet 1883), il entra dans le service de Westphal, et à ce moment le malade était manifestement ataxique. De la description des symptômes nous ne retiendrons que ce point, c'est que le phénomène du genou était conservé à cette époque, qu'il perdit de son intensité à partir du mois de septembre 1883, pour disparaître dans le courant du mois d'octobre. Le malade succomba au commencement de l'année 1884. L'examen histologique de la moelle fit constater l'existence d'une sclérose de la portion externe des cordons postérieurs, qui confinait au territoire désigné par Westphal, sous le nom de zone radiculaire des cordons postérieurs et qui s'étend elle-même jusqu'à la substance gélatineuse de Rolando. (Pour la délimitation précise de cette zone, voir l'original.) La dégénérescence intéressait en outre les colonnes de Clarke (cellules et fibres nerveuses) et certaines parties des cordons latéraux.

La seconde observation est relative à un homme de 52 ans, qui présenta les premiers symptômes du tabes en 1882. La persistance du phénomène du genou fut constatée de la façon la plus nette jusque vers la fin de 1884. Le 28 janvier, veille de la mort du malade, le phénomène était aboli ; à l'autopsie, on trouva également des lésions combinées, intéressant les colonnes de Clarke, les cordons latéraux et la partie externe du cordon postérieur jusqu'au voisinage immédiat de la « zone radiculaire », que Westphal propose de désigner dorénavant du nom de zone d'entrée des racines, qui lui paraît plus exact. Ce qui prouve bien, selon Wesphal, que la dégénérescence des racines postérieures n'a rien à voir avec l'abolition du phénomène du genou, c'est que les racines étaient atrophiées chez celui des deux sujets chez lequel le phénomène du genou persista jusqu'à la mort, tandis qu'elles étaient intactes chez l'autre, chez lequel on constata l'abolition du phénomène du genou avant le dénouement fatal.

Un des deux malades présenta un phénomène assez curieux, de l'ordre des symptômes vaso-moteurs, qu'on observe dans le tabes : les phalanges terminales d'un ou de plusieurs des doigts de la main droite devenaient, par moments, cyanosées, et cette cyanose était marquée surtout sur la face dorsale du petit doigt, tandis que les autres phalanges restaient pâles et froides. Le phénomène se produisait également, mais à un moindre degré, à la main et au pied gauches.

Dans les considérations qu'il a placées à la fin de son mémoire, Westphal s'élève contre la qualification de systématique attribuée aux lésions du genre de celles qui ont été trouvées chez ses deux malades. L'irrégularité de la distribution de la dégénérescence dans les cordons latéraux et postérieurs est, aux yeux de Westphal, une raison suffisante pour repousser cette qualification. Quant au reste, le médecin de Berlin repousse la théorie de Déjerine, qui prétend que dans ces cas de lésions combinées des cordons postérieurs et des cordons latéraux, la dégéné-

rescence de ces derniers est consécutive à une méningo-myélite diffuse corticale. L'absence de toute trace de leptoméningite constatée dans des cas de ce genre prouve d'après l'auteur l'insuffisance de la théorie de Déjerine. E. RICKLIN.

IX. — Femme de 66 ans. En 1860, une douleur apparaît dans la hanche droite, avec fièvre et pression; au bout de quelques jours on constate un déplacement de la tête fémorale avec raccourcissement du membre inférieur et déviation très prononcée de la colonne vertébrale. Les phénomènes inflammatoires disparaissent; à la même époque, débutent les douleurs fulgurantes. En 1870, douleur dans l'articulation coxo-fémorale gauche, puis bientôt impossibilité de marcher. En novembre 1886, fracture spontanée des os de la jambe gauche à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. La malade étant morte des suites d'une pneumonie, on constate, à l'autopsie, outre les caractères ordinaires des arthropathies des hanches et les altérations médullaires de l'ataxie, des lésions intéressantes sur la colonne vertébrale. Elles consistent principalement en destructions plus ou moins étendues des vertèbres lombaires, au niveau desquelles on ne trouve aucune cavité remplie de substance caséeuse ou de pus, et çà et là des productions multiples d'arthrophytes.

Ces lésions, distinctes de celles du mal de Pott réel, sont, d'après l'auteur, d'origine nerveuse, et sont comparables à celles que l'on rencontre dans les autres articulations chez les ataxiques. OZENNE.

X. — Krauss publie l'observation détaillée d'un homme qui, sans autres accidents étiologiques qu'un chancre induré, eut, à l'âge de 31 ans, des douleurs fulgurantes dans les jambes et de la dysurie; 7 ans plus tard, il fut brusquement pris d'un gonflement douloureux du genou droit, qui présentait tous les signes de l'arthrite déformante. La gêne de la marche était telle qu'on lui amputa la cuisse. Mais quatre mois plus tard, le moignon d'abord, puis l'autre jambe, le tronc et les membres devinrent, par intervalles, le siège de spasmes très douloureux, qu'on faisait reparaître à volonté en comprimant soit le moignon, soit le nerf sciatique. La coexistence de troubles de la sensibilité, d'absence des réflexes rotuliens, etc., fit admettre alors comme vraisemblable l'existence d'une ataxie locomotrice. Une neurectomie du sciatique n'améliora en rien l'état du patient. Il survint des troubles laryngés, caractérisés par une dyspnée inspiratoire avec respiration stridente et une toux aboyante, sans altération de la voix; le laryngoscope révéla une paralysie des deux crico-aryténoïdiens postérieurs. Jusqu'à la mort, qui eut lieu 14 ans après le début des premiers phénomènes morbides, les accès de dyspnée ne firent qu'augmenter d'intensité et de fréquence.

A l'autopsie, on constata une dégénération grise des cordons postérieurs, un commencement de dégénérescence des deux nerfs sciatiques, une dégénération considérable du nerf péronier superficiel gauche, du pneumogastrique et du récurrent; en revanche, les deux laryngés supérieurs étaient intacts, de même que les cornes antérieures de la moelle et le bulbe rachidien. J. B.

XI. — Les désordres mentaux que l'on trouve associés avec l'ataxie motrice se rapportent à des états morbides différents. Tantôt il s'agit de paralytiques généraux vrais, chez lesquels les troubles de l'intelligence précèdent ou accompagnent l'affaiblissement du membre. D'autres fois, ce sont de véritables tabétiques qui ont des crises psychiques passagères ou permanentes. A l'appui de cette dernière assertion, Savage rapporte l'histoire d'un homme dont le tabes débute à la suite de fausses spéculations qui le ruinent, et qui tombe dans un état de lypémanie

absolue, en même temps que se développent les signes classiques de l'ataxie. Ceux-ci éveillent chez lui des conceptions délirantes : ainsi un mal perforant plantaire qui lui survient est pour lui la marque des griffes du diable ; il en est de même d'une arthropathie, qui se développe à l'un de ses genoux, etc. L'ataxie, chez ce malade, suivit une marche rapidement progressive. H. R.

XII. — Déjerine et Darkchevitch relatent l'observation d'un ataxique qui présenta une paralysie complète du moteur oculaire externe du côté droit. A l'autopsie, on constata une altération très prononcée des filets radiculaires et du noyau de ce nerf. Le noyau du facial, les faisceaux radiculaires et le tronc même du nerf n'offraient aucune altération.

De cette observation, les auteurs tirent les conclusions suivantes : 1° La paralysie de la 6e paire au cours du tabes est bien d'origine centrale nucléaire, tout au moins dans certains cas ; 2° le noyau du facial supérieur n'existe pas ; le noyau du facial abducens n'étant, en réalité, que celui de l'abducens. C. WALTHER.

XIII. — Condoléon rapporte, avec les plus grands détails, l'autopsie d'une tabétique, morte dans le service de Joffroy, avec des artropathies et des amyotrophies multiples, et il a cherché à résoudre la question controversée de savoir si ces lésions sont sous la dépendance des altérations centrales des cellules motrices, ou des fibres des nerfs périphériques. Voici ses conclusions.

Dans l'état actuel de nos connaissances, l'origine centrale de l'amyotrophie tabétique par lésions des cellules motrices de la moelle reste encore l'expression de la vérité. Il est vraisemblable, mais non démontré, qu'elle puisse être la conséquence d'une névrite périphérique.

L'absence de toute dégénération apparente dans un tronc nerveux volumineux, coïncidant avec une dégénération de ses branches collatérales et périphériques, n'indique pas nécessairement une lésion périphérique. Il semble probable que la dégénération du segment neuromusculaire, commandée par les modifications des cellules motrices de la moelle, débute par les dernières ramifications périphériques, la racine antérieure étant la dernière à manifester la lésion de son centre trophique. H. R.

XIV. — Straus relate trois faits qui viennent à l'appui de la doctrine de Verneuil sur l'influence exercée par le traumatisme sur la détermination et la marche de certaines maladies nerveuses. Il ne pense pas que l'on puisse invoquer ces faits comme établissant un rapport de cause à effet entre le traumatisme et le tabes subséquent.

Le traumatisme a pu agir en hâtant l'apparition du tabes, il a certainement exercé une influence manifeste sur la localisation du premier symptôme tabétique, les douleurs fulgurantes, qui, dans les trois cas, ont débuté dans le membre traumatisé. A. GILBERT.

XV. — Fischer passe en revue les nombreux symptômes qui peuvent se rencontrer aussi bien dans le diabète sucré que dans le tabes, et cite les auteurs qui se sont occupés de ces analogies, c'est à tort qu'il considère Althaus, comme le premier qui les ait signalées en 1884, les travaux de Ch. Bouchard étant antérieurs à cette époque. Cette énumération embrasse un bon nombre de symptômes. Suivent 3 observations de diabète avec accidents pseudotabétiques. Puis vient une étude complé-

mentaire de la glycosurie dans le cours du tabes, observations de Reumont, d'Oppenheim, et observation personnelle de l'auteur un peu différente d'ailleurs de celles-ci. PIERRE MARIE.

XVI. — Si Leyden n'admet qu'avec réserve les rapports que l'on a voulu établir entre le tabes dorsal et les affections valvulaires du cœur, notamment l'insuffisance aortique, il insiste au contraire sur une complication viscérale peu décrite, les crises cardiaques à forme d'angine de poitrine. Le pouls dans l'intervalle des accès est souvent accéléré; au moment des crises, se montrent la douleur précordiale avec ses irradiations dans le membre supérieur gauche, la sensation de dyspnée angoissante, de vertige, de mort imminente, et le pouls devient souvent irrégulier et intermittent. La mort peut être la conséquence de ces crises angineuses, comme dans une des 4 observations rapportées par Leyden.

On ne peut admettre, comme cause de ces crises angineuses, qu'une participation du pneumo-gastrique, et si le manque d'autopsies ne nous permet pas une formule plus précise, nous savons au moins que Oppenheim a trouvé les nerfs vagues manifestement atrophiés dans un cas de tabes avec crises gastriques violentes; or dans ce cas on avait également noté l'existence de douleurs précordiales avec irradiations dans le bras gauche. Les observations de Leyden montrent que le syndrome angineux peut exister dans le tabes indépendamment des crises gastriques.

A. CHAUFFARD.

XVII. — Le fait de Rolter concerne un homme de 40 ans, atteint d'un mal perforant qui guérit en huit mois, puis qui voit graduellement survenir une tuméfaction du pied et de la jambe, symptomatique d'une arthropathie du cou de pied. Le massif osseux articulaire est considérablement augmenté de volume, et comme tassé sur lui-même, de manière à amener un raccourcissement du membre. Il y a de la crépitation, de la motilité anormale, une disposition du pied en varus équin. Les autres signes d'ataxie sont des douleurs en ceinture, quelques troubles de sensibilité, l'immobilité des pupilles à l'accommodation, enfin la diminution des réflexes tendineux conservés seulement du côté malade. J. B.

XVIII. — Virchow, après avoir exposé en détail les lésions de l'arthrite sèche et leur évolution, en conclut que l'arthropathie tabétique n'est pas autre chose qu'une arthrite déformante remarquable seulement par sa marche rapide et son intensité. C'est toujours par les cartilages que débutent les altérations. Il répugne à admettre, pour expliquer l'arthropathie tabétique, une influence trophique de la moelle qui ne se traduirait que sur une seule ou sur un petit nombre d'articulations. Pour lui, l'ataxie locomotrice n'est qu'une cause prédisposante, venant donner un coup de fouet à une maladie articulaire préexistante, parfois congénitale ou syphilitique.

Bernhardt a, comme Rolter, observé un cas d'ataxie avec arthropathie dans lequel le réflexe rotulien était conservé seulement du côté malade.

Juergens a constaté à l'autopsie de tous les tabétiques, alors même qu'ils n'avaient pas offert les signes d'arthropathies, des lésions articulaires, consistant en une distension de la capsule et un allongement des ligaments. Cette dilatation capsulaire n'est pas due à un épanchement; sous le microscope, les noyaux de la substance conjonctive de la capsule sont fragmentés en petits bâtonnets, disposés en longues séries parallèles à l'axe longitudinale des fibres. En outre, la synoviale offre tou-

jours une réplétion et une dilatation considérable de ses vaisseaux, souvent même de la vascularisation. Juergens considère les lésions capsulaires comme primitives et pour qu'il vienne s'y joindre une arthropathie reconnaissable, il pense qu'il faut, soit un traumatisme, soit une infection septique. Juergens a d'ailleurs rencontré les mêmes lésions articulaires chez les aliénés et récemment dans un cas de chorée, où les mâchoires étaient les jointures les plus altérées.

Westphal pense qu'on peut très bien expliquer le développement des arthropathies tabétiques par l'atrophie des filets nerveux articulaires et périarticulaires. Siemerling a constaté en outre une dégénérescence des nerfs nourriciers des os.

XIX. — Bensch présente un ataxique de 34 ans, ayant des crises gastriques compliquées de phénomènes singuliers, qui ont précédé et accompagné le développement d'une arthropathie à début tardif, car le diagnostic d'ataxie a été possible chez le malade, il y a plusieurs années. Depuis quelques semaines, cet homme avait des sueurs exagérées du pied gauche, lorsque, au commencement de septembre, il fut pris de frissons, de vomissements, de douleurs atroces dans le membre inférieur gauche, suivies d'un gonflement énorme respectant tout d'abord l'articulation ; en même temps toute la peau de la jambe était couverte de sugillations comme si elle eût reçu des coups de bâton. Le 27 octobre on constate que le genou distendu par une hydarthrose, est mobile en tous sens ; après la ponction sa circonférence dépasse encore de 12 centimètres celle du genou droit ; le condyle interne du tibia a acquis les dimensions d'un os de cheval. Les mouvements sont libres, indolores, mais accompagnés de craquements. Le 17 novembre, survient un deuxième paroxysme tout à fait analogue, mais plus prolongé comme phénomènes gastriques et douloureux, tandis que l'hydarthrose est moins considérable que la première fois. J. B.

XX. — Gowers propose de donner le nom de paraplégie ataxique à une forme morbide particulière, caractérisée cliniquement par des phénomènes paraplégiques associés à de l'incoordination motrice, anatomiquement par une sclérose combinée des cordons latéraux et des cordons postérieurs. Il résume ainsi les caractères principaux de cette affection : — Commune aux deux sexes, mais plus fréquente chez l'homme, l'ataxie paraplégique appartient surtout à la période moyenne de la vie (de 30 à 45 ans). Parmi ses causes, l'hérédité nerveuse ne figure que rarement ; la syphilis est exceptionnelle. L'exposition au froid paraît jouer quelquefois le rôle de cause occasionnelle ; il en est de même des fatigues mentales, des angoisses, des excès de travail. Dans un petit nombre de cas, il y avait eu, quelques mois auparavant, une forte commotion de la moelle épinière. La maladie débute graduellellement et progresse avec lenteur, mettant des années à se constituer ; cependant, quelquefois elle affecte une marche subaiguë. Elle atteint presque toujours en premier lieu les membres inférieurs et elle est caractérisée par le développement progressif et simultané de deux symptômes : l'affaiblissement musculaire et l'incoordination des mouvements (paralysie et ataxie) ; il n'y a pas de douleurs fulgurantes, mais seulement un peu de sensibilité de la région sacro-lombaire.

Quand on examine le malade on est frappé par l'incertitude de sa démarche ; il ne peut se tenir debout les yeux fermés, et même les yeux ouverts il chancelle ; quand on le fait marcher pieds nus, on remarque les soubresauts irréguliers des tendons ; en tournant sur lui-même, il

trébuche. D'autre part, on constate une faiblesse marquée des muscles, surtout des fléchisseurs et en particulier de ceux de la hanche. Les réflexes rotuliens ne sont pas abolis comme dans l'ataxie vraie, mais *manifestement exagérés ;* souvent on obtient sans peine de la trépidation épileptoïde du pied. En général la sensibilité est intacte, sauf un peu d'engourdissement ou de fourmillement des extrémités. Les réflexes cutanés, ceux de la plante du pied notamment, ne sont nullement affaiblis. Les membres supérieurs sont souvent normaux, mais parfois un examen attentif y révèle la même faiblesse musculaire et la même incoordination que dans les jambes. L'énergie sexuelle est souvent perdue dès le début ; il y a peu d'affaiblissement des sphincters, mais parfois un léger degré d'incontinence d'urine, surtout la nuit. L'iris réagit ordinairement à la lumière et l'accommodation à la distance est rarement perdue. Il n'y a presque jamais d'atrophie du nerf optique ; pas de nystagmus ; quelquefois un léger trouble dans l'articulation des mots, avec tremblement léger des lèvres et de la face, rappelant celui de la paralysie générale. Le pouls est parfois d'une fréquence exagérée.

Quand la maladie fait des progrès, l'affaiblissement musculaire augmente, et l'incoordination en revanche devient moins apparente. Il se développe de la roideur et une certaine tendance à la contracture, de sorte que l'aspect du malade se rapproche de celui de la paraplégie spasmodique : les pieds fauchent quand le sujet marche, sont secoués par la trépidation épileptoïde quand il s'arrête, et chaque pas exige un grand effort. La paralysie et la rigidité sont parfois beaucoup plus accentuées dans une jambe que dans l'autre. La sensibilité dans ses divers modes reste à peu près entière. Il n'y a généralement aucune altération de l'excitabilité électrique des muscles, ni aucune atrophie. La mort résulte rarement de la maladie elle-même, plus souvent des accidents secondaires communs à toutes les affections spinales chroniques, telles l'altération des reins consécutive à la rétention d'urine. Comme complications, on observe parfois des troubles mentaux, analogues à ceux de la paralysie générale. On a noté une fois une arthropathie de nature douteuse. Il n'y a jamais de crises viscérales.

Les lésions qui correspondent à cette forme clinique n'ont pu être vérifiées que dans un petit nombre d'observations, la plupart peu régulières. Constamment on a trouvé une sclérose combinée des cordons postérieurs et des cordons latéraux. Dans les cordons postérieurs, l'altération est moins régulière que chez les ataxiques vrais ; moins accusée à la région lombaire qu'à la région dorsale, elle n'est pas limitée à la zone des faisceaux radiculaires internes ; cette zone est même souvent épargnée et la sclérose se circonscrit dans la partie médiane des cordons postérieurs ; on peut constater en même temps la dégénération secondaire ascendante des cordons de Goll, qui varie d'intensité selon l'importance des lésions sous-jacentes. L'altération des cordons latéraux est aussi variable d'étendue et mal systématisée ; rarement le faisceau pyramidal est pris exclusivement, plus souvent la sclérose s'étend en avant dans la zone mixte ; parfois la couche latérale intermédiaire, contiguë à la substance grise, est également envahie. Le faisceau cérébelleux direct est souvent indemne. Dans les cordons médullaires non atteints, on trouve parfois de petits îlots de sclérose disséminée. En

général, il n'y a rien dans la substance grise ni dans les méninges. Les racines nerveuses et les nerfs périphériques ont été peu examinés.

H. BARTH.

XXI. — A l'autopsie d'un homme ayant présenté pendant la vie des phénomènes d'incoordination motrice très nets, avec conservation de la force musculaire, retard de la sensibilité, puis anesthésie, crises douloureuses dans les membres inférieurs, crises gastriques, exagération des réflexes, rétention d'urine, abolition du sens génésique, Babinski et Charrin ont trouvé : 1° une sclérose des cordons postérieurs et des cordons cérébelleux remontant à une époque déjà éloignée ; 2° une sclérose des cordons pyramidaux très peu marquée au-dessus du renflement cervical et dans les régions dorsale inférieure et lombaire, très marquée au contraire, au niveau du renflement cervical et dans la région dorsale supérieure. La répartition des lésions au niveau des cordons pyramidaux diffère par conséquent de ce qu'elle est dans les cas de dégénérations descendantes et permet, en l'absence d'examen du cerveau et de la moelle, de dire qu'il s'agit d'une lésion à point de départ médullaire.

C. GIRAUDEAU.

XXII. — Raymond et Tenneson rapportent l'observation d'un malade qui présenta un ensemble de symptômes moteurs et sensitifs parmi lesquels dominait une paraplégie spasmodique. On aurait pu se demander s'il ne s'agissait pas d'un tabes spasmodique auquel se seraient surajoutés quelques phénomènes étrangers à cette affection. Le malade étant mort d'asphyxie progressive par paralysie du diaphragme on trouva à l'autopsie le cerveau et le cervelet complètement sains ; la protubérance offrait deux petits foyers de désintégration siégeant au niveau de l'émergence du trijumeau ; la moelle semblait normale. A l'examen histologique l'on découvrit dans la moelle une sclérose combinée postéro-latérale d'origine méningée dans le bulbe et la protubérance des lésions de sclérose vraisemblablement secondaires. Raymond et Tenneson voient dans ce fait un appoint à la théorie soutenue par l'un d'eux, qui veut que le tabes spasmodique soit un syndrome sans caractéristique anatomique bien définie. A. GILBERT.

XXIII. — Le travail de Florand est un résumé très clairement fait des connaissances actuelles sur la maladie de Charcot (sclérose latérale amyotrophique) basé sur l'analyse de 14 observations. Voici les conclusions :

Anatomiquement, cette affection est un type bien défini de myélite systématique parenchymateuse, constituée par une sclérose du faisceau pyramidal avec atrophie des cellules de la substance grise des cornes antérieures.

Le faisceau pyramidal peut être atteint à la fois dans toutes ses portions, encéphalique, bulbaire et médullaire. Dans certains cas, les lésions semblent ne porter que sur sa portion bulbaire ou médullaire.

Les symptômes consistent en paralysie, contracture et atrophie des muscles ou des groupes musculaires qui sont sous la dépendance des nerfs moteurs. Chacun d'eux peut se montrer plus ou moins atténué. La contracture peut manquer, en apparence du moins, car elle est remplacée alors par des phénomènes de même nature (convulsions, spasmes localisés, exagération de la réflectivité musculaire et tendineuse). Dans le domaine du bulbe, elle fait presque toujours défaut et affecte absolument les allures de la paralysie labio-glosso-laryngée de Duchenne. Celle-ci paraît être une forme de la sclérose latérale amyotrophique; elle fait constamment partie du cortège symptomatique de la maladie complète.

A côté de la forme commune, constituée par les symptômes bulbo-médullaires ; à côté de la forme exclusivement bulbaire, que nous venons de signaler, il existe des types atténués répondant à une modification dans le groupement des symptômes ou encore à l'absence et à l'atténuation de l'un d'eux, spécialement de la contracture. Le diagnostic, facile dans la forme commune, devient très difficile dans les formes atténuées. La marche de l'affection est fatalement progressive, sa rapidité est subordonnée au plus ou moins d'intensité des phénomènes bulbaires. H. R.

XXIV. — Dubief a eu l'occasion d'étudier, chez deux malades morts à la première période de la paralysie agitante, les centres nerveux en grand détail, et il y a trouvé les lésions suivantes :

Dans la moelle, les cellules des cornes antérieures sont le siège d'une forte pigmentation, et elles se colorent moins par les réactifs, ce qui indique une modification profonde du protoplasma. Le canal épendymaire est obstrué par une grande quantité d'éléments nucléaires, et le tissu périépendymaire est sclérosé. Enfin, tout le tissu nerveux est parsemé d'une infinité de corps amyloïdes.

A ces lésions de myélite chronique diffuse s'ajoutent des altérations scléreuses de la substance blanche et de l'épaississement des méninges. Enfin, les cylindres d'axe sont altérés, les uns détruits, les autres renflés et variqueux, lésion qui, d'après l'auteur, expliquerait le défaut de conductibilité des cordons nerveux, et par suite le tremblement.

Ces lésions sont-elles caractéristiques ? Dubief ne l'affirme pas, car on les rencontre dans presque tous les cas où la moelle a subi la dégénérescence sénile, et notamment chez les vieillards atteints de tremblement sénile non paralytique. Dans un chapitre intéressant, l'auteur établit un parallèle entre la paralysie agitante et le tremblement sénile, et montre que dans les deux cas, les centres nerveux offrent des lésions analogues indiquant un processus irritatif enté sur des lésions de désintégration moléculaire. Pour lui, en résumé, la maladie de Parkinson n'a pas de lésion localisée caractéristique, mais d'autre part elle n'est pas une névrose. Elle a pour substratum anatomique des lésions de sénilité cérébro-spinale, et elle ne diffère de la sénilité vraie, que par l'établissement précoce et par l'exagération des lésions séniles. H. R.

XXV. — Gilbert rapporte l'observation d'un garçon de 17 ans qui, frappé dans le dos d'un coup de couteau, présenta les symptômes d'une hémisection de la moelle épinière : paralysie motrice, paralysie vaso-motrice et hyperesthésie cutanée et anesthésie musculaire de l'un des membres inférieurs, anesthésie cutanée de l'autre membre. Les réflexes étaient légèrement exaltés du côté non paralysé, diminués du côté paralysé où le reflexe rotulien était entièrement aboli. A ces signes se joignaient l'érection du pénis, la paralysie de la vessie, et la diminution de la secrétion urinaire. Quelques jours après l'accident se montra une arythmie cardiaque passagère, puis une arthropathie du genou gauche.

Lorsque le malade quitta l'hôpital, un mois et demi après l'accident, les troubles moteurs, vaso-moteurs et sensitifs avaient diminué, le membre paralysé montrait un commencement d'atrophie, les autres symptômes avaient disparu. H. R.

I. — Klinisches und Anatomisches ueber primäre degenerative Neuritis (Étude clinique et anatomique de la névrite primitive), par A. KAST (*Deutsches Arch. f. klin. Med., XL, Heft* 1, *p.* 41).

II. — On peripheral neuritis, par James ROSS (*Brit. med. j., p.* 6, *janvier* 1887)

III. — Some points on the pathology of multiple neuritis, par Thomas BUZZARD (*Ibidem, p.* 9, *janvier* 1887).

IV. — Una terza contribuzione allo studio della nevrite multipla primitiva, par GROCCO et FUSARI (*Rivista clin. di Bologna, septembre* 1886).

V. — Beitraege zur Pathologie der multiplen Neuritis, par OPPENHEIM (*Berlin. klin. Woch., p.* 486, 19 *juillet* 1886).

VI. — Neuritis multiplex degenerativa, par KETLI (*Wien. med. Woch., p.* 198, *n°* 7, 1887).

VII. — Polynévrite rhumatismale compliquée de glycosurie, par THOMAS (*Berl. klin. Woch., p.* 507, 26 *juillet* 1886).

VIII. — Paraplégie par névrites périphériques chez un ataxique morphiomane, par DÉJERINE (*Soc. biol.*, 5 *mars* 1887).

IX. — Le neurite multiple peripheriche primitive, par Roberto MASSALONGO (*Gazz. degli Ospitali, n°* 55, 1886).

X. — Ueber neuritische Affectionen als Ursachen von Neurosen, par Moritz MEYER (*Berl. kl. Woch., p.* 737, 25 *octobre* 1886).

XI. — Peripheral neuritis in Raynaud's disease (Névrite périphérique dans un cas de gangrène symétrique (maladie de Raynaud), par Joseph WIGGLESWORTH (*Brit. med. j., p.* 57, *janvier* 1887).

XII. — Raynauds'disease, par J.-C. SHAW (*New York med. journ., p.* 676, 18 *décembre* 1886).

XIII. — Ein Fall von Erb'shen Lähmung (Paralysie radiculaire d'Erb), par MARTIUS (*Berl. kl. Woch., p.* 453, 12 *juillet* 1886).

XIV. — Note sur deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine réflexe, par H. RENDU (*Revue de médecine,* 10 *septembre* 1886).

XV. — Suppression unilatérale des larmes à la suite d'une névrite du trijumeau, par UHTHOFF (*Berl. kl. Woch., p.* 486, 19 *juillet* 1886).

XVI. — Ueber die Lokalisation der Ophthalmoplegia externa, par J. MÖBIUS (*Centralbl. f. Nervenheilk., n°* 17, 1886).

XVII. — Ueber saturnine Hemiatrophie der Zunge (Hémiatrophie linguale saturnine), par Ernst REMAK (*Berl. kl. Woch., p.* 401, 21 *juin* 1886).

XVIII. — Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis, par J. FRIEDLAENDER (*Centralbl. f. Nervenheilk., n°s* 13-14, 1886).

XIX. — Traumatischer Tic convulsif im Gebiete des Nervus radialis, par HOCHHAUS (*Deutsche med. Woch., n°* 47, *p.* 834, 1886).

XX. — Névralgie et périarthralgie de l'épaule, par MATHIEU (*Progrès médic.*, 4 *décembre* 1886).

XXI. — A case of alcoholic paraplegia, par R. SAUNDBY (*The Lancet,* 7 *août* 1886).

XXII. — Ueber die Pathogenese der Arseniklähmungen (Nature des paralysies arsenicales), par NAUNYN (*Berl. klin. Woch., p.* 555, 16 *août* 1886).

I. — Kast rapporte quatre cas de névrite périphérique, limitée ou généralisée.

1° Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, chez laquelle les accidents se montrèrent à la suite d'une amygdalite folliculaire simple. Le premier phénomène observé fut une parésie de l'accommodation ; puis survinrent des phénomènes d'ataxie locomotrice dans les membres inférieurs et les membres supérieurs. Les membres supérieurs furent les premiers atteints. La sensibilité était pervertie dans ses divers modes ; il y avait surtout un retard marqué dans la perception de la douleur. Au début, la malade éprouva des douleurs spontanées intenses qui disparurent ensuite complètement.

Pas de douleur sur le trajet des troncs nerveux.

Atrophie et parésie des muscles interosseuxet de la langue avec disparition de l'excitabilité faradique. Contractions faibles, paresseuses sous l'influence de courants galvaniques intenses.

Absence des réflexes tendineux. Apparition progressive de phénomènes bulbaires ; paralysie du voile du palais ; troubles de l'innervation laryngée et de la phonation ; troubles de la déglutition.

Mort 9 mois, après le début des accidents, de broncho-pneumonie due à l'introduction dans les voies respiratoires de particules alimentaires.

A l'autopsie, pas de lésion appréciable des amas cellulaires de la moelle allongée, ni des cordons postérieurs de la moelle, ni des racines médullaires. Dégénérescence marquée des nerfs périphériques, et des nerfs crâniens, en particulier des hypoglosses.

2° Dans le second cas d'origine alcoolique, il y eut amélioration. Il s'agit d'un jeune homme de 29 ans, grand buveur.

Les accidents commencèrent par des phénomènes visuels.(névrite optique), par une sensation de fatigue, de faiblesse et par des fourmillements dans les jambes. Paralysie atrophique des extrémités supérieures, puis des inférieures ; douleurs lancinantes très pénibles. Pneumonie fibrineuse, avec delirium tremens. Réaction de dégénérescence irrégulièrement répartie, tantôt complète, tantôt incomplète. Anesthésie des pieds et de la partie inférieure des jambes. Amélioration notable. Disparition des réflexes tendineux.

3° Une jeune femme de 23 ans présente, à la suite d'un accouchement, des phénomènes d'infection puerpérale et d'endocardite. Parésie et atrophie d'un certain nombre des muscles innervés par le médian et le cubital. Réaction de dégénérescence incomplète ou complète suivant les muscles examinés. Douleurs vives dans les deux bras. Douleur à la pression sur le trajet des nerfs. Paresthésie et faiblesse passagère des jambes. Guérison.

4° Un jeune homme de 21 ans est amené à l'hôpital avec des phénomènes infectieux très graves. On diagnostique une endocardite ulcéreuse. Dans un accès de collapsus, la sœur du service lui fait au tiers supérieur de l'avant-bras gauche deux injections d'éther. Il se fait à ce niveau une tuméfaction suivie de la production d'une eschare ; puis on observe une paralysie complète des muscles innervés par le radial, y compris le triceps brachial. Les muscles paralysés présentent nettement la réaction de dégénérescence. Douleurs vives dans le bras gauche ; douleurs sur le trajet du radial. Guérison. A. MATHIEU.

II. — Leçon très étudiée sur les diverses variétés de névrite périphérique. Au point de vue étiologique, Ross place en première ligne les intoxications par le plomb, le cuivre et l'arsenic, puis la névrite alcoolique, celle qui survient à la suite de l'absorption de l'oxyde de carbone, du chloroforme et du chloral, puis celle des maladies infectieuses, y com-

pris la tuberculose et le rhumatisme. Enfin, il range dans la même catégorie les atrophies musculaires consécutives aux arthrites qu'il regarde (à tort, croyons-nous) comme liées à de la névrite de voisinage.

Relativement aux symptômes, Ross étudie les diverses localisations atrophiques qui sont la conséquence de la névrite, et la démarche spéciale qui en résulte pour les malades : il insiste sur les réactions des réflexes tendineux, très variables suivant les cas, et sur les divers groupes musculaires atteints suivant l'espèce de névrite. Le diagnostic avec la poliomyélite chronique et le tabes est soigneusement exposé : enfin certains cas de névrite aiguë, simulant la paralysie ascendante de Landry, sont discutés en détail. H. R.

III. — L'idée mère de la communication de Buzzard est la suivante : Bien que le microscope, dans les cas de névrite multiple, ne révèle de lésions que dans les nerfs périphériques, sans que les racines spinales et à plus forte raison la moelle soient atteintes, néanmoins il est probable que les centres nerveux sont initialement touchés. Duchenne, en pareil cas, admettait une lésion dynamique, sinon organique de la moelle. De Watteville suppose qu'en pareille circonstance, les centres gris de la moelle subissent une modification pathologique qui supprime leur action trophique sur la nutrition des nerfs. C'est aussi l'idée d'Erb, qui admet une altération des cellules ganglionnaires, insuffisante pour les détruire, mais suffisante pour amener la dégénération secondaire des nerfs. L'auteur ajoute à cette notion le fait de troubles vasculaires graves consécutifs à des désordres nerveux en apparence fonctionnels : ainsi, il cite le fait d'une gangrène symétrique des extrémités, survenue à la suite de la diphtérie, et ayant pris la place de la paralysie classique post-diphtéritique. Il en est de même des névrites tabétiques, qui s'accompagnent souvent de graves troubles vaso-moteurs. H. R.

IV. — Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, qui avait présenté au début de sa maladie des convulsions générales plusieurs fois répétées avec douleurs dans les membres, hyperesthésie, inappétence, gastralgie, faiblesse et amaigrissement progressif sans fièvre. Entrée le 18 novembre à l'hôpital, la malade éprouva d'abord un peu de soulagement après un traitement tonique. Mais, dans les premiers jours de décembre, les mêmes symptômes reparaissent avec aggravation : anorexie, gastralgies violentes avec nausées et vomissements, insomnie, convulsions épileptiformes, palpitations avec élévation de température à 38°,8. Cet état s'accentue les jours suivants et malgré la chute de la température, la malade a un aspect typhoïde, avec agitation et délire, endolorissement général, douleurs vives surtout aux extrémités, gonflement notable des deux genoux avec douleurs dans les autres articulations. Urines peu abondantes et un peu albumineuses. Du 10 au 15 décembre, des crises de cardialgie s'ajoutent aux gastralgies qui deviennent excessives. Les membres sont toujours douloureux et l'on constate une paralysie des extenseurs des mains et des pieds; diminution de la réaction farado-musculaire; diminution et même disparition des réflexes tendineux aux jambes; douleurs de plus en plus vives aux extrémités; hyperesthésie cutanée générale avec hypesthésie tactile, thermique et douloureuse aux extrémités; pression des muscles extraordinairement douloureuse. La tuméfaction des genoux continue.

Du 15 au 19 décembre, même état, sans fièvre (37°,9, et pouls plus fréquent à 116-138); sueurs abondantes non encore observées; paralysie plus accentuée, mais douleurs moins vives. Anesthésie cutanée plus étendue; abolition complète des réflexes tendineux, paralysie de la 7e paire avec myosis.

Urines plus rares, plus albumineuses, plus riches en épithélium du rein.

Eruption ortiée généralisée avec érythème papuleux circiné d'abord, puis papuleux et noueux au niveau des genoux. — Du 19 au 22 décembre, (T. 38° à 38°,2; pouls 118-142), sueurs profuses; nouvelles éruptions d'érythème avec teinte ecchymotique aux jambes. Les troubles de la voix accentués depuis le 10 décembre augmentent encore, il y a tantôt dysphonie, tantôt aphonie. La paralysie de la 7e paire est complète; gâtisme. Le 21 décembre, commencent des accès de suffocation avec spasmes laryngés qui déterminent la mort le 22.

L'autopsie montra des lésions peu caractéristiques des divers organes, la rate était grosse et dure, les reins présentaient les lésions d'une néphrite à son début, l'estomac et l'intestin des lésions de catarrhe. Du côté du système nerveux, rien d'important à l'examen macroscopique, mais l'examen microscopique que les auteurs ont fait avec le soin le plus minutieux révéla des particularités importantes, l'existence d'une polynévrite atteignant le sympathique, les plexus cardiaques et le plexus cœliaque. Cette polynévrite explique les crises viscérales que présentait la malade. Les altérations du récurrent et du laryngé supérieur expliquent de même la dysphonie et les spasmes qui ont amené la mort.

Les altérations d'ordre inflammatoire prédominaient dans ce fait, contrairement à ce qui a été observé par ces deux auteurs (*Annali universali*, 1885) dans un autre cas à marche chronique et dans lequel avaient prédominé les lésions dégénératives.

Du côté des centres, l'examen montra de l'hyperémie et la pigmentation des cellules nerveuses de la moelle, avec présence de vacuoles; mêmes altérations moins accentuées dans le bulbe.

Les auteurs appellent en outre l'attention sur les accidents survenus du côté des articulations et sur l'érythème polymorphe apparu dans les derniers jours de la maladie. Ces accidents d'abord peu accusés semblent montrer nettement une fois de plus le lien qui existe entre la polynévrite et le rhumatisme polyarticulaire. Dans un cas de Bœck (*R. S. M.*, 1885, t. XXV), on avait noté de même la polynévrite consécutivement à une péliose rhumatismale. Il faut insister en outre sur les convulsions générales et la perte de connaissance qui ont marqué le début et l'aggravation de la maladie, enfin la marche aiguë de celle-ci, la généralisation des paralysies des membres, la diffusion de l'anesthésie cutanée, non seulement aux extrémités, mais sur le tronc où elle s'est répartie plus ou moins régulièrement. F. BALZER.

V. — Il s'agit d'un cas de paraplégie atrophique terminé fatalement. Le malade, un phtisique de 40 ans, avait été pris, cinq ou six mois avant sa mort, d'affaiblissement des jambes avec douleurs lancinantes et paresthésie. La parésie atrophique des membres inférieurs s'accompagnait de modifications de la sensibilité électrique, d'absence des réflexes tendineux et de quelques légers troubles de la sensibilité ; les fonctions des sphincters étaient intactes.

A l'autopsie, on constata deux sortes de lésions : 1° une névrite dégénérative avec atrophie musculaire, étendue à beaucoup de nerfs des extrémités inférieures ; 2° un foyer morbide, circonscrit, dans la corne antérieure droite à la partie supérieure de la moelle lombaire.

D'après Oppenheim, les altérations périphériques si vastes ne pouvaient être mises sous la dépendance du petit foyer médullaire, mais celui-ci et celles-là étaient les produits indépendants de la même cause morbide. J. B.

VI. — La malade en question fut amenée dans le service de Ketli quinze jours après un accouchement normal.

Tous les muscles étaient très douloureux ; il y avait une telle faiblesse que

la malade ne pouvait remuer ni bras, ni jambes, ni parler. Atrophie très marquée au bout de huit jours ; anesthésie des muscles et perte de l'excitabilité électrique. Cet état persista sans changements pendant quatre semaines. Retour lent à l'état normal. Ketli hésita entre le diagnostic de myélite antérieure aiguë et de névrite multiple ; il se prononça pour ce dernier diagnostic à cause de la participation des nerfs craniens. Il y avait anesthésie de la moitié droite de la face, paralysie de la cinquième et de la septième paire. Électrisation. Aujourd'hui les muscles des cuisses sont encore atrophiés, il y a encore anesthésie de la face.

Ketli parle ensuite de la pachyméningite cervicale hypertrophique qui peut descendre et envahir les nerfs des extrémités inférieures. BARBE.

VII. — Un homme de 32 ans est pris, au milieu d'une fièvre modérée, de douleurs avec sensibilité exquise des membres inférieurs d'abord, puis du membre supérieur droit ; dans le cours de quelques semaines, les muscles douloureux diminuent considérablement de volume, tandis que ceux du tronc et du membre supérieur gauche restent normaux. L'urine, dont la quantité et la densité n'offrent aucune altération, renferme 1/2 0/0 de sucre.

Guérison parfaite sous l'influence du salicylate et de la faradisation musculaire. J. B.

VIII. — Déjerine rapporte l'observation d'un ataxique ordinaire, morphiomane, qui fut atteint de paralysie des membres inférieurs, à marche subaiguë, qui devint bientôt absolue (les membres supérieurs n'étant que peu affaiblis), et à l'autopsie duquel l'examen de la moelle épinière ne révéla, en dehors des lésions ordinaires du tabes, aucune altération de la substance grise ou des cordons blancs pouvant expliquer cette paralysie. L'examen histologique des nerfs des membres inférieurs, en montrant des lésions très prononcées des conducteurs nerveux périphériques, rendit, par contre, parfaitement compte des phénomènes observés. C. WALTHER.

IX. — Le mémoire de Massalongo constitue une revue critique fort travaillée des divers travaux parus sur la névrite multiple périphérique. L'auteur étudie de préférence la polynévrite primitive aiguë, envisagée dans ses rapports avec les maladies générales et les intoxications. Il apporte aux faits déjà connus une contribution personnelle par quelques observations recueillies dans son service d'hôpital à Vérone. Voici la principale :

Fille de 18 ans, de santé délicate. Début de la maladie en décembre 1884, par un état de malaise général et de prostration des forces, des changements de caractère, de la céphalée gravative. Le 24 décembre, à ces symptômes s'ajoutent des frissons, de la fièvre, et un état général d'apparence typhoïde. La malade éprouvait de l'endolorissement des membres inférieurs, et de temps en temps des douleurs fulgurantes aussi bien dans les bras que dans les jambes, avec sensation continuelle d'engourdissement et de fourmillement. Ces phénomènes existaient aussi à la tête, caractérisés par des sensations lumineuses du fond de l'œil et des bourdonnements d'oreilles.

Après cette phase de douleurs aiguës, la fièvre tomba, mais on s'aperçut alors que la malade était totalement paralysée des quatre membres et même du cou ; les mouvements de la tête étaient à peu près impossibles. Bientôt les masses musculaires s'atrophièrent rapidement, la sensibilité restant parfaite, et la malade ressemblait à une femme atteinte d'atrophie musculaire progressive, avec cette différence que la face n'était pas atrophiée, et que les téguments étaient hyperesthésiés.

A la longue, sous l'influence de l'électrisation, ces symptômes se modifièrent graduellement, et les masses musculaires reprirent lentement leur volume, en même temps que renaissait la sensibilité. H. R.

X. — Meyer soutient que la majeure partie des névralgies périphé-

riques a son point de départ dans une névrite et que parfois même on doit rapporter à la même origine les spasmes moteurs, le tic douloureux, la migraine et même l'épilepsie.

Lorsqu'on examine le dos, dans la stature assise, d'un malade atteint de névralgie sciatique, on trouve souvent une saillie manifeste du muscle pyramidal du côté affecté, ainsi que du nerf sciatique qui en émerge ; au toucher, ce muscle et plus encore le nerf sont durs et douloureux ; cette sensibilité à la pression remonte jusque dans la région des tissus sacrés supéro-postérieurs et même des apophyses transverses des vertèbres lombaires inférieures, c'est-à-dire jusqu'aux points d'origine du nerf sciatique.

Chez les malades atteints de migraine, on trouve sur le côté des deuxième et troisième apophyses transverses cervicales, correspondant au côté affecté, des tuméfactions plus ou moins dures et plus ou moins étendues dont il est parfois difficile de préciser le siège, soit sur le nerf lui-même, soit sur le périoste ou sur l'appareil ligamenteux. Durant les accès d'hémicranie, il se produit souvent en ces lieux de petits gonflements, moins douloureux à la pression ; lorsqu'une pression modérée, mais prolongée, du doigt les a fait disparaître, les malades se trouvent subitement soulagés. Meyer considère ces tuméfactions comme des exsudats séreux des gaines nerveuses ; il en rapporte deux exemples.

Comme traitement, Meyer recommande au début les antiphlogistiques et ultérieurement la galvanisation ; l'extension des nerfs reste indiquée dans les cas où les exsudats ne sont pas accessibles aux courants électriques. J. B.

XI. — Femme de 26 ans, de constitution faible, sujette à des accès de manie alternant avec des crises épileptiques. Elle présente sur le corps, la face et les extrémités, une éruption de macules bleuâtres dues à des stases veineuses ou capillaires; le cœur est hypertrophié, les urines légèrement albumineuses. Les muscles des extrémités sont atrophiés, et plusieurs doigts se sont spontanément amputés de leurs phalanges. Sur le pied gauche se voit un mal perforant au niveau du gros orteil. Deux autres doigts présentent une gangrène sèche des phalanges. La mort survient brusquement dans une crise d'épilepsie.

A l'autopsie, outre les lésions d'une néphrite interstitielle chronique, on trouva les désordres suivants :

Le cerveau est absolument sain, sauf un léger épaississement des méninges. La moelle semble normale, cependant les cellules des cornes postérieures et des colonnes vésiculaires de Clarke semblent plus sphériques que de coutume. Mais les nerfs sont tous malades, et offrent des lésions de névrite interstitielle, surtout marquées aux deux nerfs tibiaux postérieurs. Les gangrènes locales et le mal perforant sont manifestement sous l'influence de ces lésions des nerfs périphériques. H. R.

XII. — L'auteur a observé la maladie de Raynaud chez une aliénée âgée de 40 ans. Cette femme fut en proie à une grande agitation au mois d'août 1883. En septembre 1886, on remarqua une petite escarre à l'extrémité du médius gauche. En examinant de près, on vit que cette extrémité était complètement gangrenée et qu'aux autres doigts de la même main il existait de chaque côté de l'ongle une escarre blanchâtre très limitée. Au bout d'une semaine, toute la phalangette du médius était complètement mortifiée et noire. A l'autre main, on commençait à voir les petites plaques gangréneuses près des ongles. Rien aux pieds. Cœur sain, reins indemnes.

En quelques semaines, les lésions de la main droite guérirent, mais la phalangette incriminée s'ulcéra et suppura. L'élimination n'était pas encore effectuée au moment de la publication de ce fait. L. GALLIARD.

XIII. — Martius relate un cas de paralysie du plexus brachial du type Erb survenue chez un homme de 47 ans, à la suite d'une chute sur l'épaule. Les fibres nerveuses paralysées sont celles du radial (long supinateur), du musculo-cutané (biceps et brachial interne), du circonflexe (deltoïde et petit rond), du sus-scapulaire (sous-épineux) et vraisemblablement du sous-scapulaire supérieur (sous-scapulaire). Les troubles de la sensibilité sont limités à deux points très peu étendus : l'un au bras, l'autre au bord radial de l'avant-bras. Trois mois après l'accident, on ne remarque pas trace de mouvements volontaires ni d'excitabilité électrique.

Martius résume son travail par les conclusions suivantes :

Dans la paralysie d'Erb, les nerfs affectés ne sont pas constamment les mêmes et ne peuvent l'être parce que la répartition des filets radiculaires dans les nerfs périphériques et le niveau d'origine de ces nerfs varient suivant les individus.

Les recherches anatomiques et les observations cliniques concordent à montrer que les fibres du musculo-cutané, du circonflexe et du rameau long supinateur du radial proviennent toujours des racines fournies par les 5e et 6e paires cervicales. Donc la paralysie des muscles animés par ces nerfs (biceps, brachial interne, deltoïde et long supinateur) est seule caractéristique de la paralysie d'Erb. Une affection simultanée d'un ou de plusieurs des muscles suivants, court supinateur, sus-épineux et sous-épineux, sous-scapulaire, peut exister ou manquer, sans faire perdre à la paralysie d'Erb son caractère typique. (*R. S. M.*, XXIV, 190, et XXVIII, 115 et 116.) J. B.

XIV. — Aux causes déjà connues des paralysies radiculaires directes (traumatisme, tumeurs, impression du froid), Rendu ajoute les névrites réflexes consécutives à une irritation du plexus nerveux gastro-hépatique. Ainsi l'un de ses malades fut pris dans le cours d'une gastralgie, l'autre consécutivement à une ponction de kyste hydatique du foie. Ordinairement les troubles moteurs entraînés par les paralysies radiculaires sont seuls étudiés dans les observations publiées, les troubles sensitifs, au contraire, sont passés sous silence, ce qui tient à ce que les malades ne viennent réclamer les secours du médecin qu'à une période déjà avancée de leur maladie, alors que l'atrophie des muscles commence et que les troubles sensitifs ont déjà disparu. De cette façon, on néglige de signaler une période douloureuse primitive et consécutivement l'anesthésie cutanée. Rendu a pu observer que cette dernière suit à peu près la même distribution que les troubles moteurs, ce qui prouve que les origines réelles des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs du plexus brachial émanent de la même région de la moelle. La guérison, quelle que soit la cause de la paralysie, est toujours longue à obtenir, alors même qu'on applique au début sur l'épaule des révulsifs répétés et qu'ultérieurement on ait recours aux courants continus et au massage. C. GIRAUDEAU.

XV. — Chez cette malade, le point de départ de l'inflammation du nerf paraît avoir été l'incisive supérieure latérale droite. Après avoir ressenti de violentes douleurs dans tout le champ de distribution des deux premières branches du trijumeau droit, à la joue, au front et dans l'œil lui-même, elle

s'était aperçue que la sécrétion lacrymale de ce côté s'était tarie assez brusquement.

Durant un certain temps, le nerf sous-orbitaire fut très douloureux à la pression au niveau de son point d'émergence. Un trouble de la sensibilité, qui s'observait au début sur le domaine de la deuxième branche, disparut ultérieurement et il ne resta plus que la suppression des larmes.

Dans la discussion, Oppenheim parle d'une femme atteinte de paralysie syphilitique du nerf moteur oculaire commun et du trijumeau droits, qui ne pouvait pleurer que de l'œil gauche. En revanche, en dehors des émotions, l'œil gauche sain restait toujours sec, tandis que le droit était toujours larmoyant. J. B.

XVI. — Bien qu'il soit généralement admis que chaque ophtalmoplégie externe est de nature nucléaire, Moebius pense qu'il est possible de voir ce symptôme se produire sous l'influence d'une lésion périphérique, et rapporte une observation qu'il croit appartenir à cette catégorie : il s'agit d'un homme de 20 ans qui, après s'être exposé à un violent courant d'air en chemin de fer, fut pris, deux jours plus tard, de douleurs vives dans le voisinage de l'œil droit et de toute la moitié droite du visage, avec gonflement de la paupière supérieure droite, diplopie, ptosis, paralysie complète de tous les muscles moteurs de l'œil; lorsque Moebius l'examina, il constata de plus une égalité complète des pupilles avec réaction normale à la lumière. Sensation d'engourdissement de la joue droite et aussi un peu de diminution de la sensibilité, dans cette région, l'acuité visuelle n'était pas modifiée; l'amélioration fut progressive et aboutit à une guérison à peu près complète.

Moebius se demande si ce ne serait pas là un cas de paralysie périodique de l'oculo-moteur, mais, alors, ce serait un cas tout à fait anormal. — Cherchant les réflexes de la conjonctive chez des individus sains, il a trouvé qu'ils diminuaient avec l'âge, mais jamais il ne les a vus disparaître comme chez son malade, dans une partie limitée de la conjenctive.

Il lui semble impossible d'expliquer ces phénomènes par l'hypothèse d'une lésion de la base de l'encéphale; tandis que si on accepte les vues qu'il a déjà exposées sur le rôle de la racine descendant du trijumeau, on ne rencontre plus de difficulté. D'après lui, cette racine contiendrait les fibres présidant à la sensibilité de l'œil, et une partie des fibres pour la dure-mère. Si donc on admet dans le cas en question qu'un processus morbide quelconque occupe la région de l'oculo-moteur commun droit sans cependant aller assez loin pour affecter les fibres pour l'iris et le muscle ciliaire, et que ce processus englobe en même temps la racine descendante du trijumeau, située au voisinage du noyau de l'oculo-moteur, on peut expliquer aisément tous les symptômes. — Moebius reconnaît d'ailleurs qu'une lésion des extrémités périphériques de l'oculomoteur et du trijumeau pourrait aussi, dans une certaine mesure, expliquer assez bien ces phénomènes; c'est aux autopsies de décider.

PIERRE MARIE.

XVII. — Serrurier âgé de 42 ans, devenu incapable de travailler dans l'espace de 2 mois, par une paralysie progressive de la main droite, ayant débuté par les extenseurs de l'annulaire et du médius, ayant ensuite envahi le pouce et les extenseurs du poignet. Symptômes classiques de la paralysie des extenseurs avec atrophie des muscles du membre.

Le malade qui est un buveur, travaille depuis 2 ans et demi dans une fabrique où il manie fréquemment du plomb, et il lui arrive souvent de manger

pendant son travail. Mais, outre ces paralysies partielles du radial, du médian et du cubital, cet homme présente d'autres phénomènes de même nature. En même temps que l'affaiblissement de la main, est apparue une aphonie que le laryngoscope montre due à une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, avec parésie simultanée des thyro-arythénoïdiens internes, plus accusée à droite. La moitié droite du voile palatin offre aussi une paralysie incomplète. La moitié droite de la langue est manifestement atrophiée et ridée à sa surface; tirée hors de la bouche, la langue est fortement déviée à droite au niveau de la pointe, et forme un arc convexe à gauche; à un même niveau, le bord droit n'est distant de la cloison médiane que de 2 centimètres 7, tandis qu'à gauche, cette distance s'élève à 4 centimètres. A la palpation, la moitié de la langue est beaucoup plus molle et plus mince, surtout dans la partie antérieure. Cette hémiatrophie paraît bornée aux muscles intrinsèques superficiels (longitudinal supérieur et transverse.) La mobilité de la langue est d'ailleurs parfaite, et il n'existe aucun trouble de la mastication, de la déglutition ou de l'articulation; le malade ignorait lui-même l'état normal de sa langue, et n'a jamais présenté de traumatismes ni de suppurations, du côté du cou ou de la bouche. La diminution d'excitabilité électrique des muscles intrinsèques de la moitié droite de la langue est surtout manifeste par leur excitation faradique directe. La sensibilité linguale dans ses diverses modes est entière. Mais il y a un peu de ptose palpébrale à gauche, une immobilité réflexe des pupilles et un certain degré de parésie des nerfs de l'œil, plus accusée à droite. L'accommodation est d'ailleurs normale. Le réflexe rotulien est intégralement conservé des deux côtés, et il n'existe aucun symptôme d'ataxie locomotrice.

J. B.

XVIII.— Friedlaender commence par faire une revue très soignée des cas d'hyperidrose unilatérale qu'il a pu retrouver dans la littérature médicale, et ces cas sont nombreux. Voici le résumé de son observation :

Femme de 48 ans, sans antécédents héréditaires, a, depuis la puberté, beaucoup souffert de douleurs de tête qui siégeaient toujours du côté gauche, surtout dans la région occipitale. — Jusqu'à l'âge de 42 ans, elle avait été d'une très bonne santé, lorsqu'à cette époque, elle fut prise un beau jour, sans aucune cause appréciable, d'une sensation de picotement et de fourmillement dans la moitié droite de la tête; cette région se couvrit d'une sueur très abondante, la moitié gauche restant tout à fait normale. Des attaques de sueur analogues se reproduisirent dans la suite, à propos de toutes les occupations exigeant un certain effort (action de faire la lessive. etc...); leur durée était d'environ un quart d'heure. — Aucun trouble des sens spéciaux du côté atteint; les cheveux sont devenus un peu plus rares de ce côté. La sueur s'étend jusqu'à la ligne médiane à droite, sur le visage, le crâne, surtout sur le front, sur l'œil droit, sur la tempe, la joue, la moitié droite du nez, du cou, de la nuque où elle est moins abondante. Sur le sein droit, il existe aussi quelques grosses gouttes. D'autre part, les autres régions du corps ne présentent jamais de sueur, même par les températures les plus fortes, dans les exercices les plus violents (danse, etc...). Pas de troubles de la sensibilité générale ou spéciale. Au moment des accès, la pupille droite est un peu plus large que la gauche. L'auteur, après une discussion très approfondie des différentes hypothèses que permettent de faire les données physiologiques actuelles, arrive à cette conclusion qu'il s'agit ici très probablement d'une « névrose d'irritation idiopathique du sympathique cervical ». Un index bibliographique étendu termine ce travail.

PIERRE MARIE.

XIX. — Garçon de 9 ans, paraissant bien portant, atteint depuis huit jours d'affaiblissement du bras droit; depuis deux jours, ses parents ont observé des secousses de ce membre. Il s'agit d'un tic portant sur le triceps brachial

et le long supinateur. Chacun de ces muscles est animé, soit isolément, soit simultanément, de secousses qui se produisent 40 à 50 fois à la minute. Le nerf radial n'est pas douloureux à la pression; on ne trouve qu'un seul point douloureux, et ce point existe sur le médian. Les mouvements volontaires arrêtent d'abord les secousses, puis celles-ci se reproduisent.

Galvanisation, bromure de potassium, repos.

Au bout de trois jours, les secousses deviennent plus rares, elles disparaissent à la fin de la seconde semaine. L. GALLIARD.

XX. — 1° Dans ce qu'on désigne sous le nom de rhumatisme ou d'arthralgie scapulo-humérale, on peut souvent distinguer deux ordres de maxima douloureux; un maximum au point d'Erb, d'autres maxima aux insertions tendineuses des muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur;

2° Ces maxima périarthralgiques sont d'ordre névralgique;

3° Quand les nerfs sont plus fortement atteints, il peut y avoir des troubles trophiques, amyotrophie, pseudo-ankylose fibreuse, etc.

H. L.

XXI. — Saundby publie sous ce titre l'observation d'une femme de 28 ans, de souche arthritique, qui fut prise au mois d'août 1885 de douleurs et de faiblesse dans les membres inférieurs. Un an auparavant, elle avait fait une chute qui avait déterminé une entorse. Quelques mois plus tard, elle avait commencé à s'adonner à la boisson. Elle se plaignit tout d'abord de douleurs dans les jambes, et d'une faiblesse qui l'obligeait à s'appuyer aux meubles pour marcher. La mémoire était devenue mauvaise et son caractère irritable. Au mois d'octobre 1885, elle était paralysée au point de ne plus se tenir debout; il y avait de l'atrophie musculaire surtout dans une jambe; la sensibilité cutanée était diminuée en certains points, normale en d'autres; il y avait de l'hyperesthésie à la pression des masses musculaires; l'état général était très altéré. La malade continuait à boire avec excès. Peu après, il se produisit de l'engourdissement et de la douleur dans une main, des élancements et des fourmillements dans les janbes; puis les jambes se fléchirent sur les cuisses et demeurèrent fixées dans cette position. En février 1886, l'état de la malade était le suivant : embonpoint moyen, facies satisfaisant; température normale, pouls régulier à 84; respiration 20. Rien au cœur, ni aux poumons, foie et rate normaux. Fonctions du rectum et de la vessie nullement troublées, menstruation régulière. Urines normales en quantité, riches en indican et en phosphates, renfermant une trace d'albumine. Intelligence conservée; rien du côté des sens spéciaux; papilles oculaires normales, pas d'achromatopsie ni d'altération des réflexes pupillaires. Langue mobile, mais animée d'un tremblement quand la malade la tire. Pas d'anesthésie ni d'analgésie. Hyperesthésie légère de la peau du tronc, très marquée des masses musculaires des jambes. Pas d'exagération de la sensibilité dans la région spinale. Actuellement les membres supérieurs sont complètement indemnes et ne présentent aucune modification ni de la sensibilité, ni du mouvement, ni des réactions électriques. Les membres inférieurs sont habituellement dans la flexion et l'adduction, mais les pieds sont étendus dans la position du pied bot équin. La malade peut étendre et fléchir les cuisses sur l'abdomen, et fléchir les jambes sur les cuisses, mais elle ne peut étendre les jambes que jusqu'à un angle de 120°, et si on cherche à aller plus loin, on provoque de vives douleurs. Dans les creux poplités, il y a un bourrelet œdémateux gros comme une orange. Les muscles de la région antérieure de la cuisse sont atrophiés, ceux du mollet très mous et flasques. Réflexe patellaire absent. Mouvements d'extension des orteils très affaiblis. La peau des pieds est moite et couverte d'un érythème sudoral. La malade accuse des alternatives de chaud et de froid dans les pieds. La contractilité faradique est abolie dans les muscles atrophiés; la contractilité galvanique

est diminuée, mais l'excitabilité négative demeure supérieure à la positive. Le passage des courants constants paraît très douloureux.

L'auteur discute longuement le diagnostic différentiel et conclut en faveur d'une paralysie alcoolique, sans méconnaître la rareté des contractures et de la rigidité musculaire en pareil cas. H. BARTH.

XXII. — Déjà Jaeschke (*Thèse inaug.*, Breslau 1882) a rattaché 3 cas de paralysies arsenicales à des névrites multiples. De son côté, Naunyn est arrivé à la même conclusion pour 4 malades de son service. Voici l'histoire de l'un d'eux :

Homme ayant avalé par méprise 25 centigrammes d'acide arsénieux. Les phénomènes de gastro-entérite furent suivis au bout de huit jours de paralysies atteignant d'abord les membres inférieurs, puis les supérieurs. Les jambes furent le siège d'un œdème passager. Tous les membres présentaient de l'anesthésie, des sensations douloureuses et une disparition presque complète de la motilité. Les réflexes tendineux et cutanés manquaient.

Dans l'espace de quelques semaines, il se produisit une atrophie très étendue des muscles avec une exquise sensibilité à la douleur des 4 membres; en même temps, on notait un affaiblissement considérable de l'excitabilité des muscles paralysés par les deux espèces de courants électriques.

La guérison de ce malade était presque entière au bout de 5 mois d'un traitement comprenant des bains, des électrisations, des injections sous-cutanées de strychnine. J. B.

I. — **Uber die sogenannten psychisch-epileptischen Œquivalente**, par **LEIDESDORF** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 121, 1887).

II. — **Un cas de logonévrose épileptique ou d'aphasie intermittente**, par **BATEMAN** (*Encéphale*, *n°* 1, 1887).

III. — **Ein Fall von traumatischer Epilepsie : Heilung durch Trepanation**, par **G. VOELCKERS** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1886).

IV. — **Case of epilepsy of six years duration : complete recovery after surgical operation**, par **Hughes BENNETT** et **Pearce GOULD** (*Brit. med. j. p.* 12, *janvier* 1887).

V. — **Zur Nachbehandlung trepanirter Epileptiker (Traitement consécutif des épileptiques trépanés)**, par **A. ERLENMEYER** (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, 1er *décembre* 1886).

VI. — **On a case of fits resembling those artificially produced in guinea pigs (Attaques ressemblant à celles qu'on détermine artificiellement chez les cobayes)**, par **Hughlings JACKSON** (*Brit. med. j.*, *p.* 962, *novembre* 1886).

VII. — **Hystérie et traumatisme**, par **P. BERBEZ** (*Thèse de Paris*, 1887).

VIII. — **L'atrofia muscolare nelle paralisi isteriche**, par **Roberto MASSALONGO** (*Giorn. internaz. delle sc. mediche*, *VIII*, 1886).

IX. — **Recherches servant à établir que certaines manifestations hystériques peuvent être transférées d'un sujet à un autre sous l'influence de l'aimant**, par **BABINSKI** (*Progrès médical*, 20 *novembre* 1886).

X. — **De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique**, par **BRISSAUD** et **MARIE** (*Progrès médical*, *janvier-février* 1887).

XI. — **Zur Kenntniss der Tympanitis**, par **S. TALMA** (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 369, 7 *juin* 1886).

XII. — Monoplégie brachiale gauche avec anesthésie cutanée et amyotrophie, par FÉRÉOL (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 *novembre* 1886).

XIII. — Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes, par OSERETZKOWSKY (*Arch. de neurol.*, *novembre* 1886).

XIV. — Ueber spontanes Abfallen der Nägel bei einer Hysterichen (Chute spontanée des ongles chez une hystérique), par FALCONE (*Deutsche med. Woch.*, *p.* 717, *n°* 41, 1886).

XV. — On chorea with reference to its supposed origin in embolism, par Howship DICKINSON (*The Lancet*, 2 *janvier* 1886).

XVI. — Paralysis depending on idea, par SUCKLING (*Ibidem*, 18 *septembre* 1886).

XVII. — Alternation of neuroses (Alternance de névroses), par SAVAGE (*Journ. of mental sc.*, *janvier* 1887).

XVIII. — Spinal irritation, its symptoms and treatment, par J.-Leonard CORNING (*Boston med. and surg. journ.*, 9 *décembre* 1886).

XIX. — Ein häufig vorkommendes Symptom der Neurasthenie, par Ottomar ROSENBACH (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, *n°* 17, 1886).

XX. — Ueber Paralysis agitans, par L. JACOBSOHN (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 565, 23 *août* 1886).

XXI. — Cas de paralysie périodique, par G. COUSOT (*Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, *septembre* 1886, *et Rev. de méd.*, *mars* 1887).

XXII. — Tetany and Tetanilla, par J. ALTHAUS (*Med. Soc. of the County of New York*, 18 *octobre* 1886).

XXIII. — Sur un complexus symptomatique rappelant le myxœdème, par WESTPHAL (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 726, 18 *octobre* 1886).

I. — C'est un fait bien connu que des accès épileptiques complets ou incomplets peuvent s'accompagner de troubles intellectuels transitoires, tels que les suivants : un épileptique est pris après un accès de terrifiantes hallucinations, il est furieux et agressif, mais il se calme bientôt et recouvre la raison. Il arrive aussi que ces troubles intellectuels peuvent se produire sans avoir été précédés de convulsions. C'est ce que Sant a appelé les équivalents psycho-épileptiques du mal caduc.

Souvent les attaques convulsives cessent après une très longue durée et les troubles psychiques se montrent avec leur caractéristique. Voici deux cas de ce genre :

1° M..., 36 ans, est reçu à l'hôpital dans un état de grande agitation... Sa mère et son frère sont aliénés.

Attaques convulsives depuis son enfance jusqu'à 24 ans. Cessation de ces attaques à partir de ce moment; tous les deux ou trois mois, il est pris de craintes, d'hallucinations menaçantes qui le jettent dans la plus grande agitation. Dans un tel état, il quitte le lieu où il se trouve et erre à l'aventure pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'il revienne à lui. Il conserve à peine le souvenir de ce qui s'est passé; son intelligence revient tout à fait.

2° K..., 33 ans, fille d'une mère aliénée, eut, à la suite d'un coup sur la tête, à l'âge de 22 ans, une première attaque d'épilepsie. Elle entre à l'hôpital en 1881 pour un accès de manie aiguë suivi bientôt d'amnésie complète. La pression sur la cicatrice du cuir chevelu fait naître une attaque. De 1881 à 1882, 12 attaques spontanées. Puis celles-ci disparaissent et sont remplacées par un état d'excitation suivi d'amnésie.

L'auteur dit qu'on peut affirmer la nature épileptique des troubles intellectuels lorsque ces troubles surviennent chez des sujets dont les parents étaient épileptiques ou alcooliques, qui ont subi un ébranlement cérébral par suite d'un traumatisme ou d'une émotion violente; 2° lorsqu'il y a une aura; 3° lorsque les symptômes se répètent toujours dans le même ordre; 4° lorsque l'accès se développe rapidement et disparaît de même; 5° lorsque de l'amnésie succède à l'attaque; 6° lorsque, enfin, de tels accès se répètent à certains intervalles.

Le traitement employé dans l'épilepsie ordinaire réussit en général contre de pareils troubles. Leidesdorf publie deux observations de ce genre. BARBE.

II. — Un homme de 27 ans, non alcoolique, mais ayant une sœur hystérique, avait été pris 4 ans auparavant de fortes douleurs dans la partie postérieure de la tête, qui s'accompagnèrent d'excitation violente et furent suivies pendant 4 jours de perte de la parole. On lui administra du bromure de potassium et la parole lui revint subitement. Quand il entra à l'hôpital, ce fut à la suite de douleurs analogues à la partie postérieure de la tête, douleurs s'accompagnant de violente excitation, et qui avaient encore laissé à leur suite une perte absolue de la parole. Six semaines et deux jours après cette dernière attaque, il put subitement parler, et raconta que le retour de la parole avait été précédé de la même douleur à la nuque. Après quatorze heures d'état normal, nouvelle attaque suivie de perte de la parole qui dura trois jours. Puis des attaques analogues se succèdent à intervalles variables, avec retours consécutifs à la santé, et au milieu de symptômes dont le malade se rend parfaitement compte. La faradisation semble le soulager et au bout de onze semaines il sort de l'hôpital guéri.

Un autre malade de 28 ans, non syphilitique, mais grand fumeur, fut pris un jour de vertiges. Un mois plus tard, il éprouva un engourdissement dans la langue (selon son expression), engourdissement qui dura une demi-heure et se renouvela les jours suivants. Un mois encore plus tard, pendant un repas, il fut pris de cet engourdissement, et, subitement, perdit la parole, qui lui revint aussi subitement au bout de trois quarts d'heure. Ces suspensions momentanées de la faculté du langage articulé se renouvelèrent fréquemment, de la même manière, si bien que lorsque son patron l'envoyait faire des achats, toujours il écrivait d'avance ce qu'il lui fallait, de peur que la mutité ne survînt et qu'il ne pût s'exprimer.

L'auteur discute ces deux cas, recherche des exemples analogues dans la littérature médicale, et, éliminant l'hypothèse d'hystérie, conclut qu'il a eu affaire à des épileptiques, qu'il s'agissait d'attaques de petit mal, et que la maladie ne pouvait être qu'une névrose localisée dans le système sympathique. DESCOURTIS.

III. — Homme de 26 ans, frappé en 1882, sur la tête, par une grosse branche, lors de la chute d'un arbre. Plaie et hémorragie médiocre par celle-ci; pas de perte de connaissance sur le moment, mais un peu plus tard, pendant qu'il revenait chez lui à pied; cet état dura trois semaines environ pendant lesquelles le malade dut rester au lit. Au bout de cinq semaines, tout était fini.

La première attaque d'épilepsie ne survint que deux ans plus tard, et ce jour-là il y en eut six, c'était en janvier 1884, puis nouvelle attaque en février, et encore en avril. La trépanation fut faite le 18 avril, une large rondelle osseuse enlevée, on trouva des adhérences entre la dure-mère et les os, on les détruisit, puis suture au catgut des lambeaux périostiques et de la peau. Guérison de la plaie tout à fait régulière, le malade partit tout à fait guéri au bout de vingt-quatre jours. Deux ans et demi plus tard, il n'avait

pas encore éprouvé d'attaques et peut donc être considéré comme guéri de son épilepsie. PIERRE MARIE.

IV. — Homme de 36 ans. Six années auparavant, coup violent sur le côté droit de la tête, avec plaie du cuir chevelu sans lésion apparente du crâne. Guérison rapide de la plaie, mais, six semaines plus tard, accès épileptiforme qui devient le point de départ d'une série de crises, accompagnées de manie aiguë, lesquelles nécessitent son placement dans une maison de santé. Cet état de choses dura cinq ans et demi, les crises devenant de plus en plus violentes; dans l'intervalle, l'intelligence est absolument saine.

L'examen du crâne ne montre aucune déformation. Il existe une cicatrice qui traverse le pariétal droit, mais sans adhérences osseuses. Mais à 2 pouces et demi au-dessus de l'oreille se trouve un point où la pression forte détermine une sensation d'éblouissement suivie parfois de perte de connaissance. Cette sensation de lumière se reproduit constamment au début de chacun de ses accès et précède immédiatement les convulsions générales.

L'état de ce malade s'aggravant, on décide une opération chirurgicale. Une couronne de trépan est appliquée au niveau de la cicatrice; la portion d'os enlevé est absolument saine, ainsi que la dure-mère sous-jacente. Celle-ci est sectionnée et réséquée sur une étendue correspondant à la plaie osseuse, et le chirurgien Gould explore dans quatre directions différentes la substance cérébrale à près d'un pouce de profondeur, pour ne pas laisser d'abcès ou de kystes. Rien d'anormal n'est découvert. Le malade guérit rapidement de sa plaie chirurgicale, et à partir de ce moment, il n'a plus d'attaques d'épilepsie. Il a été revu six mois après l'opération.

L'auteur insiste sur la guérison obtenue dans un cas qui aurait été jusqu'ici considéré comme incurable. Il admet que, malgré les absences de lésions apparentes de l'écorce, l'irritation épileptogène partait bien du point opéré. Celui-ci correspondait au gyrus angulaire, siège de la vision : et de fait, l'accès épileptique commençait toujours par une sensation lumineuse suivie d'hallucinations visuelles. H. R.

V. — Erlenmeyer fait remarquer qu'après avoir, chez un épileptique dont les convulsions sont consécutives à un traumatisme, éloigné la cause immédiate, le corps irritant au moyen de la trépanation, il faut s'opposer à tout état irritatif de l'écorce cérébrale. Aussi l'administration des bromures s'impose-t-elle aussi bien que l'abstention des boissons alcooliques.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme blessé d'un coup de feu à la tête et qui, à la suite, présenta de nombreuses attaques d'épilepsie, la trépanation fut faite et amena l'extraction d'un séquestre, cicatrisation retardée par la formation d'un abcès du cerveau qui dut être incisé. Enfin la guérison eut lieu, et, pendant onze mois, le malade n'eut plus une seule attaque d'épilepsie. Après ce laps de temps, les attaques reparurent à des intervalles plus ou moins longs; Erlenmeyer attribue cette reprise à ce que le malade menait une vie irrégulière et se trouvait obligé par son métier à un certain abus des boissons alcooliques. D'où la nécessité de proscrire celles-ci dans des cas analogues. PIERRE MARIE.

VI. — Il s'agit d'un petit garçon de 7 ans, dont l'histoire est la suivante : A l'âge de 2 ans 1/2, il eut une grande attaque convulsive, attribuée par sa mère à un refroidissement : depuis, il en a eu 4 ou 5, et n'a jamais recouvré l'usage complet de son bras et de sa jambe gauche. Mais, outre ces grandes crises, il en a d'autres petites, qui consistent dans des chutes subites, pour peu qu'on touche son crâne et sa figure; on ne peut pas le laver, lui essuyer la bouche avec un mouchoir, sans que l'attaque ne se produise. L'enfant tourne sur lui-même, les yeux convulsés latéralement à droite, le regard

vague. La respiration s'arrête instantanément, et la perte de connaissance paraît complète. Tous les points de la face et du crâne provoquent indifféremment ces crises, qui se reproduisent de 20 à 40 fois par jour. Quand on lui touche la tête, alors qu'il est couché, on détermine une brusque secousse des membres, unique, surtout marquée du côté gauche.

L'examen des membres montre un léger degré d'atrophie des muscles du bras et de la jambe gauche. La main gauche est toujours en mouvement, comme dans certains cas d'athétose. Les réflexes tendineux sont normaux, non exagérés, il n'y a pas de contracture.

Les attaques se reproduisent dans le sommeil comme pendant l'état de veille, pour peu que l'enfant heurte l'oreille au niveau de la zone épileptogène. H. R.

VII. — Berbez a réuni, dans un travail intéressant, la plupart des documents publiés jusqu'ici sur les paralysies hystériques d'origine traumatique. Le traumatisme fait naître chez ces malades trois ordres de manifestations morbides : *a*) des paralysies flasques; *b*) des paralysies avec contracture; *c*) des contractures douloureuses ou arthralgies.

La plus fréquente de ces paralysies est la forme monoplégique, qui porte tantôt sur le membre supérieur, tantôt sur le membre inférieur, tantôt sur un segment du membre. Elle peut débuter subitement, c'est la règle, ou lentement; elle se caractérise toujours par l'intégrité absolue de la contractilité faradique, fréquemment par l'augmentation de la réflectivité tendineuse, enfin et surtout par une anesthésie, qui peut être généralisée, mais qui d'ordinaire est nettement délimitée à un membre ou à un segment de membre, sans suivre en aucune façon la distribution anatomique des filets nerveux. Il peut y avoir des paraplégies hystéro-traumatiques.

Les malades qui offrent ces accidents sont le plus souvent des prédisposés, mais il est vraisemblable que l'hystérie est créée de toutes pièces par le traumatisme et la frayeur qui l'accompagne, sans névrosisme antécédent. Le traumatisme a peu d'importance, l'idée erronée à laquelle il donne naissance est tout. Aussi le traitement doit être à la fois physique (massage, hydrothérapie, électrisation statique) et moral (suggestion). H. R.

VIII. — L'observation de Masssalongo confirme les faits d'atrophie hystérique publiés par Babinski.

Jeune femme de 25 ans, atteinte dans son enfance de troubles intestinaux et de bronchite, mal réglée, fatiguée par un travail pénible. Début de la névrose par une crise épileptiforme, avec perte de connaissance : plus tard, répétition des accès, qui débutèrent toujours par une aura épigastrique avec sensation de boule œsophagienne, etc. A la fin d'un accès, un jour, elle se releva hémiplégique gauche, moins la face. Au bout de peu de semaines, les membres paralysés s'émacièrent et elle se présenta à l'hôpital. Elle offrait alors de l'atrophie des muscles de la main, de l'avant-bras et du bras comme dans l'atrophie progressive; la jambe et la cuisse étaient également amaigries, et avaient 1 centimètre 1/2 de moins que les membres droits correspondants. Contractilité idio-musculaire normale; contractilité électrique à peine diminuée, pas de réaction de dégénérescence. Sens musculaire et sensibilité complètement abolis, surtout à la racine des membres. Anesthésie sensorielle concomitante. Abolition des réflexes tendineux.

L'auteur conclut qu'il avait affaire à une hystéro-épileptique et que l'atrophie musculaire était bien dans ce cas d'origine hystérique. H. R.

IX. — Des recherches faites dans le service de Charcot ont montré

que deux sujets peuvent jouer au sujet du transfert, l'un par rapport à l'autre, un rôle analogue à celui que joue chez un seul sujet un côté du corps par rapport à l'autre côté. Les malades étaient placées assises, dos à dos, soit à faible distance, soit en contact, et dans ce cas le transfert est plus rapide.

Dans une première catégorie d'expériences portant sur deux jeunes filles hystéro-épileptiques atteintes d'hémianesthésie sensitivo-sensorielle, et présentant au complet les phénomènes du grand hypnotisme, on constata les phénomènes suivants : Les malades mises dos à dos, un aimant fut placé près de l'une d'elles; elle recouvra totalement la sensibilité, tandis que l'autre devint anesthésique totale; si on éloigne l'aimant, cette dernière recouvre la sensibilité totale, tandis que l'autre devient anesthésique totale, et il y a une série d'oscillations consécutives; si on éloigne les malades l'une de l'autre, elles reprennent rapidement leur état antérieur d'hémianesthésie. Puis, ayant produit chez l'une d'elle des paralysies flasques ou avec contracture, si on mettait la paralysée en contact avec sa compagne près de laquelle on plaçait l'aimant, on voyait le transfert se produire rapidement; la paralysie passa chez la seconde malade, en général avec la plus grande identité, et du côté où l'aimant a été placé. Il se faisait ensuite une série d'oscillations, comme pour l'anesthésie. Si l'on éloigne les malades, celle qui est paralysée au moment de la séparation reste paralysée, et la paralysie ne disparaît que par suggestion. On a pu par transfert produire la coxalgie hystérique, le mutisme hystérique. Ces diverses expériences ont été pratiquées d'abord quand les malades se trouvaient dans la période somnambulique du grand hypnotisme, puis à l'état de veille, mais dans ce cas il fallait que préalablement les malades eussent été hypnotisées. Enfin on a plongé une des malades dans la période somnambulique, l'autre restant éveillée; sous l'influence de l'aimant, il y a un transfert complet des deux états.

Dans une autre série, on a expérimenté sur des sujets hystériques, hommes ou femmes présentant des manifestations hystériques naturelles, des paralysies par exemple, indépendantes de toute suggestion. Ils ont été laissés en l'état de veille, tandis qu'on plaçait à côté d'eux un sujet plongé dans la période somnambulique du grand hypnotisme, et à côté duquel on plaçait l'aimant. Le sujet hypnotisé ne tarde pas à présenter les mêmes accidents que l'hystérique à côté duquel il est placé, mais la transmission est parfois moins pure; de plus, les accidents persistent avec tous leurs caractères chez les malades qui en sont primitivement atteints. Peut-être, par la répétition de ces expériences, pourrait-on établir une méthode de traitement. H. L.

X. — Dans l'hémiplégie hystérique, il peut exister une déviation de la face analogue, au premier abord, à l'hémiplégie faciale des hémiplégiques organiques. Cette déviation de la face d'origine nerveuse se distingue de la seconde par les caractères suivants :

Etat de contraction spasmodique de la musculature d'un côté de la bouche, portant presque exclusivement sur une seule lèvre, l'inférieure ou la supérieure et s'accompagnant de secousses généralement très accentuées.

Dans l'acte de souffler, il y a issue de l'air, non du côté que l'on soup-

connerait être paralysé, mais du côté où existe l'état de contraction spasmodique.

Déviation excessive de la langue, grâce à laquelle cet organe peut prendre les positions les plus bizarres ; cette déviation a lieu du côté où existe l'état de contraction spasmodique, et se montre le plus souvent même sans que la langue soit tirée par le seul fait d'ouvrir la bouche.

H. L.

XI. — Chez les hystériques, il est assez fréquent de voir l'abdomen acquérir un volume et une dureté tels qu'on croit à l'existence d'une tumeur, mais la chloroformisation permet d'éviter l'erreur. On a proposé diverses explications de cette tympanite. Les uns admettent une accumulation de gaz provenant soit de l'intestin, soit de l'air dégluti. Krukenberg (*R. S. M.*, XXVI, 161) y voit le résultat d'une parésie des muscles abdominaux et de la lordose qui en est la conséquence.

Talma croit qu'il s'agit en général d'une contracture du diaphragme que le chloroforme fait disparaître brusquement en amenant la résolution musculaire. Lorsque la voussure de l'abdomen, au lieu d'être générale, est localisée, cela tient à un spasme limité à certains muscles des parois. Cette interprétation est depuis longtemps enseignée en France. J. B.

XII. — Un homme de 32 ans, bien constitué, n'ayant aucune tare constitutionnelle, aucune trace d'hystérie, sans refroidissement ni traumatisme appréciable, s'aperçut un matin au réveil que le bras gauche était paralysé; les mouvements du poignet et des doigts seuls étaient conservés; la sensibilité était atténuée dans la région correspondant aux muscles paralysés, trapèze, deltoïde, biceps, triceps, partie externe des pectoraux. Enfin 3 jours après le début de la monoplégie, il y avait une atrophie manifeste de ces muscles, avec hyperexcitabilité marquée aux deux espèces d'électricité, sans réaction de dégénérescence; quelques séances d'électrisation ont déjà amené une légère amélioration sensitivo-musculaire.

Féréol admet qu'il y a un trouble médullaire dont il ne peut préciser la nature. H. L.

XIII. — L'hystérie dans les troupes russes n'est pas rare. L'auteur en cite 11 observations et fait remarquer les symptômes suivants : La surdi-mutité a existé une fois, le mutisme deux fois, la surdité une fois. Les troubles de la vision ont été rencontrés six fois, et ont consisté en rétrécissement concentrique du champ visuel ou en hémiopie accompagnée d'hémianesthésie; dans un de ces cas, il y a eu en outre polyopie monoculaire, dans deux autres macropie et dans deux autres dyschromatopsie. L'anesthésie des muqueuses a paru constante; trois fois l'anesthésie du pharynx a été le seul trouble de la sensibilité. La sensibilité cutanée et musculaire a été totalement abolie deux fois; il y a eu hémianesthésie trois fois, analgésie trois fois, hyperesthésie généralisée mais passagère une fois, hyperesthésie localisée aux vertèbres lombaires trois fois, enfin paresthésie constante. L'hémiplégie s'est rencontrée une fois, la paraplégie cinq fois, et il y a eu paralysie des membres inférieurs et du bras droit une fois. Dans quatre observations on a noté des convulsions générales ou partielles. Chez deux malades, il y a eu rétention d'urine. L'hérédité a toujours joué un rôle considérable. DESCOURTIS.

XIV. — Femme de 50 ans, ayant eu depuis 1870, à la suite de grands chagrins (la mort de son fils), des manifestations hystériques multiples. Changement de caractère, hyperesthésie ou paresthésie, toux, aphonie, sensation de boule. Au mois de novembre 1885, après une visite à la tombe

de son fils, toux et aphonie, puis fourmillements au niveau des extrémités, et troubles psychiques. Bientôt on remarque chez elle de l'amaigrissement.

Le 6 février 1886, le mari de la malade constate que les ongles sont finement ridés et ont une teinte mate.

Le 19, fourmillements aux doigts et aux orteils. Suppuration sous les ongles du pouce droit et des deux gros orteils. Le 20, chute de ces ongles. plus tard les autres ongles deviennent durs, cassants et mats.

La réparation des ongles des orteils s'effectue normalement.

Au pouce droit, on voit une prolifération de l'épiderme du lit unguéal sans participation de la matrice. Comme l'ongle s'est reformé peu à peu, l'auteur ne croit pas le rôle de la matrice absolument indispensable. L. GALLIARD.

XV. — En réplique aux expériences d'Angel Money (qui prétend avoir déterminé la chorée chez des animaux, au moyen d'embolies capillaires dans les artères de la moelle), l'auteur met en relief les nombreux arguments qui empêchent d'admettre que la chorée vulgaire des enfants soit réellement d'origine embolique. D'abord, les lésions congestives, hémorragiques ou dégénératives qu'on découvre dans les centres nerveux des individus ayant succombé à la chorée sont presque toujours symétriques, ce qui semble indiquer qu'elles sont plutôt l'effet que la cause des accidents observés pendant la vie. D'autre part, les sujets chez lesquels on trouve à l'autopsie des embolies positives n'ont presque jamais présenté de chorée pendant leur vie; sur 8,654 autopsies pratiquées en 25 ans à l'hôpital Saint-Georges et à celui des Enfants-Malades, il y en a eu 158 où on a constaté des embolies, 27 où la chorée est signalée, mais la coïncidence des deux faits n'a été notée que trois fois. Enfin l'embolie n'affecte pas, au point de vue de l'âge et du sexe, les mêmes préférences que la chorée; tandis que celle-ci est surout fréquente chez les enfants et trois fois plus commune dans le sexe féminin, l'embolie atteint surtout l'âge moyen et la vieillesse, et frappe assez indistinctement les deux sexes. H. R.

XVI. — Femme de 46 ans, nerveuse mais non hystérique, tombe dans un escalier. Elle se relève très contusionnée et surtout très effrayée. Deux jours après, elle se met au lit et bientôt se trouve paralysée des deux jambes et ayant perdu toute sensation dans ces membres. En même temps, douleurs névralgiformes, intermittentes, parfois très vives, occupant les reins et s'irradiant dans les cuisses. Au bout de cinq mois, son état ne changeant pas, elle se fait apporter à l'hôpital. On constate une paraplégie motrice presque absolue avec analgésie et anesthésie incomplète des membres inférieurs, réflexes affaiblis mais non perdus, pas de troubles trophiques. Anesthésie marquée de l'électricité, mais les muscles répondent bien à la faradisation. L'auteur diagnostique une paralysie psychique, annoncé avec solennité à la malade qu'il va la guérir instantanément au moyen d'une batterie électrique, et la faradise en effet pendant une minute environ. Au bout de ce temps, la sensibilité et le mouvement sont entièrement revenus, la malade se lève et marche, ce qu'elle n'avait pas fait depuis plus de cinq mois. La guérison ne s'est pas démentie.

XVII. — Le titre choisi par l'auteur est assez vague pour ne rien préjuger de la nature même du phénomène en question. Il s'agit de l'alternance, de la succession de névroses, sans qu'elles dépendent nécessairement les unes des autres. Or, cette relation existe entre des névroses elles-mêmes, et, en second lieu, entre des névroses et certains états physiques qui ne paraissent pas au premier abord avoir de connexion directe avec le système nerveux. H. BARTH.

Dans la première catégorie, se rangent les douleurs de tête et la migraine, l'hystérie, l'asthme, l'épilepsie. Souvent celui qui souffre de douleurs de tête en est délivré quand il devient aliéné; ainsi un homme qui avait paru s'améliorer est retombé malade, parce que ses migraines ne revinrent pas; mais ayant été mieux une seconde fois et ayant été repris de maux de tête, il retrouva définitivement la raison. Dans un cas, cependant, l'aliéné a guéri en même temps de sa folie et de ses migraines. L'hystérie se manifeste rarement sous forme d'attaques à l'asile de Bethléem. Elle alterne souvent avec d'autres névroses. Dans un cas, la paralysie d'un membre a disparu pendant une attaque de folie.

Dans plusieurs cas, des vomissements qui faisaient supposer un ulcère de l'estomac cessèrent de se produire au moment de l'invasion de la folie. Une autre fois, une hystérique atteinte de paraplégie en fut guérie dès qu'elle devint folle, mais, chaque fois qu'elle allait mieux, la paraplégie revenait. Une seconde femme qui ne pouvait marcher et qui était clouée au lit depuis seize ans, put marcher au moment où elle tomba dans la dépression; maintenant elle est guérie de sa tristesse et de sa paralysie motrice. Enfin la perversion morale a souvent paru plus accusée lorsque disparaissaient les symptômes hystériques. Dans l'asthme, on a souvent vu la difficulté de respirer alterner avec l'aliénation mentale. Quant à l'épilepsie, l'auteur a peu de renseignements personnels; néanmoins il a vu plusieurs fois la folie remplacer les attaques; il a vu aussi des attaques ramener la lucidité d'esprit, et, contrairement à l'opinion générale, il incline à croire que c'est un mauvais service à rendre aux malades que de suspendre leurs attaques.

Dans la seconde catégorie, Savage examine l'alternance des névroses avec le rhumatisme, la goutte et le diabète. Il en cite différents exemples.

DESCOURTIS.

XVIII. — Au début, l'irritation spinale est caractérisée tantôt par des douleurs vagues dans la région dorsale de la colonne vertébrale, survenant à la suite de fatigues; tantôt par des sensations de brûlure entre les omoplates ou à la base du cou. Peu à peu ces sensations douloureuses augmentent d'intensité et s'accompagnent de troubles intellectuels. Dans ces circonstances, la pression et la percussion font découvrir des points douloureux sur le trajet de la colonne vertébrale. Ces phénomènes douloureux sont quelquefois moins prononcés; pour les découvrir, il faut passer une éponge imbibée d'eau chaude ou un pinceau faradique sur la région vertébrale. Les malades se plaignent de sensations de brûlure, de fourmillements de chaud et de froid. L'anesthésie et la paralysie conplètes font toujours défaut. Les troubles de la motilité sont peu marqués. Le malade se fatigue rapidement; l'exercice même modéré provoque souvent des douleurs passagères et quelquefois intenses. Le malade est quelquefois atteint de douleurs névralgiques dans la tête et les membres, mais elles disparaissent rapidement pour se porter sur quelque viscère ou sur les organes génito-urinaires. Ces douleurs ambulantes sont très caractéristiques. L'irritation spinale est souvent accompagnée de spasmes locaux peu violents et n'ayant rien de commun avec les mouvements épileptiformes. Ce sont des contractions fibrillaires de quelques muscles isolés et plus souvent de certains

groupes musculaires. Inutile d'ajouter que les symptômes varient suivant la région de la moelle qui est atteinte.

L'irritation de la moelle est une affection fonctionnelle; ses lésions anatomiques sont inconnues.

Le traitement est local et symptomatique. Parmi les applications locales, citons les vésicatoires, le cautère actuel et les injections profondes d'hydrochlorate de cocaïne. J.-B. H.

XIX. — Un symptôme fréquent chez les neurasthéniques, d'après Rosenbach, consiste en ce qu'ils ne peuvent fermer les yeux au commandement ou que du moins ils ne les ferment ni pendant aussi longtemps ni avec la même énergie qu'une personne saine. Chez les neurasthéniques, que l'on doit faire tenir debout comme pour la recherche du signe de Romberg, l'occlusion des yeux est généralement tout à fait temporaire et incomplète, ou bien lorsqu'elle a lieu, on ne constate aucun des plis qui existent au niveau des paupières d'un individu sain fermant fortement les yeux. L'auteur considère ce signe comme très important pour le diagnostic entre les états purement névrosiques et les affections organiques à leur début; il en attribue la production à une sorte de faiblesse nerveuse, à un manque de discipline des muscles vis-à-vis des incitations volontaires. P. MARIE.

XX. — Dans la paralysie agitante, l'attitude des jointures en flexion et la gêne des mouvements des muscles extenseurs ne tiennent pas à une paralysie primitive de ceux-ci qui aurait entraîné consécutivement une contracture de leurs antagonistes. L'un et l'autre phénomènes résultent de l'effort que les deux catégories de muscles font pour se contracter simultanément, ce qui donne lieu à des tensions musculaires. Jacobsohn, pour faire prévaloir cette explication se base sur les résultats qu'il a obtenus en administrant aux malades de l'atropine qui a la propriété de paralyser les extrémités des nerfs moteurs. Sous l'influence de ce médicament, on voit les mouvements d'extension devenir plus aisés et plus étendus et la tension musculaire disparaître. Les phénomènes d'irritation, de spasme musculaire sont ce qui caractérise la paralysie agitante qui mériterait mieux le nom de spasme agitant.

Jacobsohn incline à regarder cette affection comme un tremblement sénile précoce. J. B.

XXI. — Très intéressant mémoire dans lequel Cousot rapporte l'histoire d'une famille composée de dix personnes. Sur ce nombre, quatre des huit enfants furent atteints d'une paralysie survenant périodiquement. Ils tenaient cette maladie de leur mère qui en avait été atteinte toute sa vie. Ordinairement la paralysie débute par les membres inférieurs et gagne peu à peu les membres supérieurs, elle dure huit, neuf, dix heures avec un accès de trois ou quatre heures. Rarement il y a des accès moins prononcés de deux ou trois heures. Pendant toute la durée de l'accès, il est impossible au malade de faire le moindre mouvement, les bras, les membres inférieurs, le tronc sont frappés d'inertie, de paralysie flasque, les mâchoires restent mobiles, la déglutition est plus difficile, la parole embarrassée, la langue est lourde. Les muscles de la face sont toujours épargnés. Il peut y avoir des accès momentanément incomplets. Les réflexes sont abolis. Dans les accès complets, les muscles ne répondent pas aux excitations galvaniques ou faradiques. On n'obtient pas plus de résultat en plaçant l'électrode différente sur le nerf; cependant c'est l'excitation galvanique du nerf qui réapparaît la première quand les phénomènes paralytiques diminuent. L'intelligence reste nette au plus fort

de l'accès; parfois le malade accuse une tension dans le crâne. La sensibilité générale, la sensibilité à la température et à la douleur persistent toujours. Les organes des sens sont intacts. Il n'y a jamais eu pendant les accès, émission d'urine ou de matières fécales. Les urines recueillies après l'accès sont foncées D=1030, elles ne renferment ni sucre, ni albumine, mais beaucoup d'acide urique.

Ces accès se reproduisent avec quelques variantes chez les quatre enfants et ils étaient identiques chez la mère. Celle-ci était prise de paralysie à peu près une fois par semaine, deux des fils presque tous les jours sans une régularité absolue, plus souvent pendant la nuit; chez l'une des filles, ils se manifestent tous les huit jours, tous les quinze jours seulement chez e quatrième enfant. Les émotions, la frayeur avancent le retour des attaques, le travail, la fatigue les rendent plus violentes.

Tous ces enfants sont bien constitués, mais beaucoup plus petits que ceux de leurs frères et sœurs qui ne sont pas atteints de cette affection. Ils ne présentent aucune tare d'hystérie (?), d'impaludisme, de syphilis. Le sulfate de quinine diminue les accès, mais ceux-ci reparaissent aussitôt qu'on cesse de l'administrer, les antispasmodiques sont sans effet, l'électricité exagère les accidents.

Cousot a joint à l'histoire de cette famille celles de plusieurs malades empruntées à divers autres et ayant présenté des accidents sinon identiques, tout au moins analogues.

Il croit qu'il s'agit là d'une paralysie par action d'arrêt à rapprocher de celles rapportées récemment par Brown-Séquard. C. GIRAUDEAU.

XXII. — Althaus décrit sous le nom de tetanillie un diminutif de la tétanie. Elle se distingue de la tétanie par l'existence de spasmes cloniques, l'absence de rigidité musculaire prolongée, l'absence du signe de Troüsseau. Les convulsions sont symétriques, cessent pendant le sommeil. L'excitabilité musculaire augmente, le réflexe rotulien s'exagère, la nutrition des muscles reste normale. Tous les muscles du corps peuvent participer à la production des spasmes, L'intelligence des sujets est fortement atteinte.

Le pronostic est bénin; tous les malades observés par l'auteur ont guéri. Le traitement doit être surtout moral.

La tétanillie survient surtout chez les garçons, elle est provoquée en général par la masturbation, mais il faut tenir compte aussi du nervosisme héréditaire. Hammond déclare qu'il n'a jamais vu cette maladie.

L. GALLIARD.

XXIII. — Ouvrier âgé de 27 ans, niant tout excès alcoolique. Début il y a quatre mois par du gonflement de la face dorsale des pieds et un affaiblissement considérable des deux membres inférieurs qui obligent bientôt le malade à garder le lit. Au bout d'une quinzaine, mêmes phénomènes du côté des membres supérieurs; enfin l'œdème envahit la face.

Actuellement tout le corps est énormément tuméfié et la peau est partout distendue. La pression du doigt ne laisse d'empreintes qu'au niveau des pieds et des jambes. Quand on empoigne les membres, on a la sensation d'une masse dure, rénitente. Cœur normal, à part un dédoublement du premier bruit au niveau de l'orifice mitral. Le pouls régulier, de force modérée, bat de 100 à 120 fois par minute. On ne sent pas le corps thyroïde. Urine normale. Les quatre membres offrent un certain degré de parésie avec réaction de dégénérescence de quelques muscles. Intelligence un peu affaiblie.

C'est le premier fait de ce genre observé à Berlin et Westphal qui

n'a jamais vu de cas de myxœdème, demande l'avis de ses collègues au sujet de son malade.

Ewald, Gerhardt, Behrend qui ont eu l'occasion de voir des myxœdémateux en Angleterre déclarent que ces malades ont un tout autre aspect que celui de Westphal. J. B.

Sur un cas de compression du grand sympathique abdominal ayant déterminé des accès d'angine de poitrine, par H. MOLLIÈRE (*Lyon méd.*, 10 *avril* 1887).

Relation d'un cas présentant à l'observation clinique tous les signes de l'angine de poitrine et n'ayant aucune des lésions auxquelles on rattache cet accident.

Homme de 59 ans, sans antécédents particuliers, toussant depuis dix ans et pris depuis quelque temps d'accès de suffocation. A son entrée à l'hôpital, 19 mars, le malade a un aspect cachectique; pendant les cinq jours qu'il y passa, les accès ont été fort nombreux et sans que rien pût les arrêter. Il se plaignait d'une douleur violente, épigastrique et rétro-sternale. Pas de vomissements. Mort le 24 mars.

A l'autopsie, noyaux cancéreux dans les poumons, le foie, les ganglions mésentériques et prévertébraux. Rien dans les ganglions bronchiques. Cœur sans lésions, un peu dilaté. Artères coronaires saines, perméables. Pas d'athérome aortique. En arrière de l'estomac, on trouve les cordons du grand sympathique, le plexus solaire, englobés, détruits par une masse de ganglions lymphatiques dégénérés.

Mollière rattache, avec raison, les accès angineux à cette lésion nerveuse, sans pouvoir expliquer l'identité de leurs caractères avec ceux de l'angine par lésion cardio-aortique. A. CARTAZ.

I. — Contribution à l'étude de la myopathie atrophique primitive progressive, par LADAME (*Revue de médec.*, 10 *octobre* 1886).

II. — Sur le facies myopathique et sa valeur sémiotique, par LANDOUZY, (*Soc. méd. des hôp.*, *novembre* 1886).

III. — Ueber Muskelbefund bei der juvenilen Form der Atrophia muscularis (Etat des muscles dans la forme juvénile de l'atrophie musculaire), par ERB (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 506, *juillet* 1886).

IV. — Ueber die myopatische Form der progressiven Muskelatrophie, etc. (De la forme myopathique de l'atrophie musculaire progressive avec participation des muscles de la face), par H. KRECKE (*Münchener med. Woch.*, *n°* 15, 1886).

V. — Ueber Pseudomuskelhypertrophia (Paralysie pseudo-hypertrophique), par HASHIMOTO (*Zeitsch. für klin. Medic.*, *Band XII*, *p.* 261, 1886).

VI. — Nouvelles recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la myopathie atrophique progressive, par LANDOUZY et DÉJERINE (*Rev. de méd.*, *décembre* 1886).

I. — Le mémoire de Ladame est basé sur l'observation d'un homme de 20 ans, présentant à peu de chose près tous les symptômes de l'atrophie musculaire progressive (type Landouzy-Déjerine).

Le grand-père paternel de ce malade est mort à l'âge de 45 ans d'une atrophie musculaire, pas d'autres cas dans la famille.

A l'âge de 13 ans le début de l'atrophie est reconnu au niveau des muscles de l'épaule droite. Une année après, l'atrophie comprenait outre l'épaule et le

bras droits, les muscles de la cuisse du même côté et s'étendait aussi à gauche. L'atrophie des muscles de la face avait passé complètement inaperçue et cependant elle avait précédé l'atrophie musculaire des membres et du tronc si l'on s'en rapporte aux renseignements donnés par la famille sur l'occlusion incomplète des yeux pendant le sommeil et le rire particulier du malade. Intégrité complète des muscles de la langue, du pharynx et du larynx, intégrité des masticateurs, des muscles moteurs de l'œil et du releveur de la paupière, du diaphragme et des intercostaux, pas de paralysie appréciable des muscles atrophiés; les mouvements ne sont gênés qu'en raison du degré d'atrophie des fibres musculaires, pas d'hypertrophie musculaire, pas de contractions fibrillaires. Diminution de la contractilité faradique et galvanique proportionnellement au degré de l'atrophie. Pas de réaction de dégénérescence, abolition des réflexes tendineux, conservation des réflexes cutanés, intégrité des sphincters. Jamais de troubles de la sensibilité, ni des sens spéciaux; jamais de douleurs dans les muscles, marche très lente de la maladie sans changement appréciable d'une année à l'autre, amélioration de plusieurs mouvements par le massage et la galvano-faradisation. C. GIRAUDEAU.

II. — Le facies myopathique existe chez certains individus atteints d'amyotrophie progressive, avec atrophie des muscles de la face. Il caractérise cette atrophie, et de plus dénonce une affection musculaire diffusante, existant ou à la veille de se déclarer.

Prise dans son ensemble, la physionomie paraît étrange, inerte, froide, un peu niaise; la bouche est élargie; les lèvres légèrement écartées asymétriques, saillantes; parfois la lèvre inférieure paraît tombante presque retournée, le front, d'un pâle d'ivoire, est lisse, les yeux grands ouverts ne peuvent se fermer complètement pendant le sommeil; presque toujours la fente palpébrale est asymétrique.

Le facies myopathique est surtout typique dans les jeux de physionomie, la bouche s'allonge démesurément, plutôt qu'elle ne s'ouvre; la lèvre inférieure se met sur un plan postérieur à la supérieure ; le malade a un parler triste, et bébête; quand il rit, il rit en travers et en bas, son rire est triste, et étrange d'autant que les parties hautes du visage ne participent pas à l'égaiement de la physionomie; quand il ferme les yeux, il reste une inocclusion de plusieurs millimètres, et en général asymétrique.

Cette atrophie musculaire infantile, héréditaire, est myopathique.

H. L.

III. — Erb maintient la convenance de la dénomination de dystrophie musculaire progressive qu'il a choisie pour la forme dite juvénile de l'atrophie musculaire progressive ; elle exprime parfaitement les altérations histologiques des muscles qu'on peut reconnaître déjà sur le vivant, ainsi qu'il vient de s'en assurer dans le cas suivant :

Homme de 44 ans bien portant jusqu'il y a 10 ans où il tomba dans une carrière; dès lors, développement graduel d'un affaiblissement de la musculature des épaules et des bras.

Actuellement, on constate chez ce malade l'atrophie des pectoraux, des trapèzes, des rhomboïdes (à l'exception de leur portion claviculaire) des grands dorsaux et, à un degré moindre des coraco-brachiaux, des biceps, du triceps et du long supinateur, du triceps fémoral gauche et des fessiers. D'autre part, on remarque une hypertrophie énorme des deltoïdes, des triceps et de quelques autres muscles de l'épaule. Les muscles de l'avant-bras et ceux de la main sont intacts, de même que ceux de la face, de la langue et de la mastication. Pas de contractions fibrillaires, la diminution d'excitabilité électrique

et mécanique des muscles correspond exactement à leur diminution de volume, mais il n'y a pas trace de réaction de dégénérescence.

Erb a excisé au niveau du bord interne du bras, un fragment de tissu musculaire renfermant conjointement du deltoïde hypertrophié et du biceps déjà atteint d'atrophie. Sur les coupes transversales des fibres deltoïdiennes, doublement colorées par l'éosine et l'hématoxyline, on note, outre un élargissement énorme (100-170 micra) un travail de segmentation et une formation de vacuoles avec ou sans coagulation simultanée, une multiplication du nombre des noyaux musculaires, une prolifération du tissu conjonctif et un épaississement des vaisseaux. D'autre part sur les fibres du biceps, on reconnaît diverses phases de processus morbide : à côté de modifications hypertrophiques identiques à celles du deltoïde on remarque de l'atrophie, mais nulle part de lipomatose. J. B.

IV. — Krecke relate le cas d'un garçon de 10 ans, chez lequel on ne trouve aucun antécédent héréditaire, et qui, dès son enfance, présente un masque facial entièrement impassible. A l'âge de 8 ans, commença l'atrophie des muscles des membres.

La paralysie des muscles de la face est complète; l'électrisation ne provoque aucune contraction.

Aux membres, la diminution de volume des muscles est parallèle à la diminution de la sensibilité électrique. Cependant la réaction de dégénérescence manque totalement.

L'auteur considère ce cas, comme appartenant à la forme décrite par Landouzy et Déjerine, sans cependant établir une séparation nette entre cette forme et la forme juvénile de Erb. ADOLPHE LESAGE.

V. — Hashimoto rapporte une observation de paralysie pseudohypertrophique chez une petite fille de 7 ans 1/2. On doit surtout signaler : 1° l'abaissement remarquable de la température cutanée qui était de 1 degré inférieur au chiffre normal; 2° l'examen histologique de portions de muscles enlevés au mollet. Ces préparations montraient une prolifération intense du tissu graisseux ainsi que des noyaux du périmysium et du tissu conjonctif, mais surtout une altération des parois des vaisseaux dont l'épaisseur était notablement augmentée. Cet épaississement, par l'entrave apportée au cours du sang, avait dû jouer un grand rôle dans l'altération trophique des muscles. M. DEBOVE.

VI. — Ce mémoire est basé sur six nouvelles observations, dont une avec autopsie. Les cinq premières reproduisent le tableau de la maladie déjà exposée par Landouzy et Déjerine, avec ses deux variétés scapulo-humérale et facio-scapulo-humérale, celle-ci beaucoup plus fréquente que la première. La sixième observation, la plus complète de toutes est aussi la plus intéressante, car on y lit qu'à l'autopsie les muscles de la face qui, pendant la vie ne paraissaient pas atteints, étaient manifestement dégénérés au microscope. Landouzy et Déjerine se demandent s'il n'en est pas ainsi souvent et si le type scapulo-huméral n'est pas beaucoup plus rare qu'il ne le paraît au premier abord. L'intégrité fonctionnelle des muscles de la face dans ce sixième cas s'explique peut-être par l'hypertrophie compensatrice des faisceaux restés sains.

Malgré l'absence de toute lésion apparente du système nerveux, la symétrie des lésions, l'influence de l'hérédité portent à se demander si cette intégrité nerveuse est bien réelle et s'il ne s'agit pas là d'une lésion, que les moyens d'investigation dont nous disposons ne nous permettent pas de découvrir; en un mot, ne s'agit-il pas là d'une atrophie

comparable à celle que l'on constate chez les hystériques et chez certains vieux hémiplégiques sans lésion du système nerveux susceptible de l'expliquer. GIRAUDEAU.

I. — De l'état de sensibilité cutanée dans le rhumatisme articulaire aigu, par BARBILLON (*Thèse de Paris*, 1887).

II. — A case of rheumatic hyperpyrexia, with nervous sequelœ simulating multiple sclerosis, par FOXWELL (*The Lancet*, 29 *mai* 1886).

III. — Zur Therapie und Diagnostik des Hydrops Genu intermittens, par Ottomar ROSENBACH (*Centralbl. für Nervenheilk.*, 1er *novembre* 1886).

I. — Les différents modes de sensibilité cutanée sont fréquemment atteints dans le rhumatisme articulaire aigu, soit isolément soit simultanément.

La sensibilité au tact et à la douleur est diminuée; l'analgésie peut être complète. Dans quelques cas au contraire, elles sont exagérées.

Les troubles de la sensibilité thermique ne sont pas rares; généralement il y a diminution de la sensibilité au froid et exagération de la sensibilité au chaud.

Mais de tous les modes de sensibilité, la sensibilité électrique est la plus fréquemment atteinte. « La sensibilité faradique de la peau est diminuée ou complètement abolie. L'anesthésie électrique est ordinairement limitée à la surface cutanée de l'articulation malade. Elle peut s'étendre à toute la superficie d'un membre rhumatisé. »

Barbillon a utilisé la faradisation non seulement pour la recherche des troubles de la sensibilité, mais aussi pour le traitement du rhumatisme lui-même. Cette méthode rend de grands services dans les formes traînantes de la maladie, lorsqu'elle est employée contre la parésie musculaire et les raideurs articulaires qui persistent parfois assez longtemps à la suite des attaques. E. DESCHAMPS.

II. — Homme de 33 ans, pris d'accidents hyperthermiques au quatorzième jour d'un rhumatisme articulaire aigu : la température, qui jusqu'alors n'avait pas dépassé 39°,5, monte en quelques heures jusqu'à 43°,8; à ce moment, pupilles contractées et insensibles, peau brûlante; respiration stertoreuse à 90; pouls plein et tumultueux à 200; état comateux absolu. Bain à 34°, refroidi rapidement à 21° et maintenu ensuite entre 22° et 24°; au bout d'une heure la température est réduite à 38°,5. Drap mouillé; sac de glace autour de la tête. La respiration et le pouls se ralentissent; le malade reprend peu à peu connaissance. La crise passée, l'intelligence reste obtuse, la mémoire peu nette. Le rhumatisme dure encore huit jours pendant lesquels la température tend plusieurs fois à augmenter; toutefois on en vient à bout avec de fortes doses de sulfate de quinine. Les jours suivants on note une certaine gêne de la parole, qui est lente et laborieuse; les consonnes sont mal prononcées, le voile du palais réagit mal aux excitations. Quinze jours après, parésie marquée des quatre membres, sans troubles de la sensibilité, exagération des réflexes rotuliens, surtout à droite; tremblement à l'occasion des mouvements volontaires; pas de nystagmus, ni d'autres troubles du côté des yeux; pas d'altération du goût ni de l'odorat. Contractilité faradique sensiblement au-dessous de la normale, mais égale partout. Ces phénomènes persistent pendant deux mois sans changement notable. Au bout de ce temps, gêne de l'articulation encore très marquée (surtout pour les gutturales et les labiales); parésie légère de la lucite et de la partie

gauche du voile du palais; tremblement marqué dans la marche; exagération du réflexe rotulien et trépidation épileptoïde, écriture tremblée, irrégulière. Un an plus tard, le malade est revu à peu près guéri mais conservant une légère faiblesse avec raideur surtout dans la jambe droite; tremblement des mains dans les mouvements volontaires; gêne légère de la prononciation, etc. J. BARTH.

III.—Dans un cas d'hydropisie intermittente du genou, Rosenbach, après avoir employé sans résultats les moyens préconisés par Pierson (iode, salicylate, électricité, arsenic, etc...), fit faire toutes les 24 heures des injections d'ergotine (1 gramme) dans le voisinage des genoux, au bout de la seconde, le gonflement avait déjà diminué, on s'arrêta à la dixième et depuis 3 ans et demi il n'y a pas eu de récidive.

Rosenbach pense que cette affection est de nature infectieuse et n'est qu'une variété du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, que les différences dans l'aspect clinique tiennent à la quantité, à la localisation des principes infectieux, et à la réaction variable des individus en présence d'une cause pathogène. Le diagnostic de l'hydarthrose intermittente serait assez difficile puisque rien dans son étiologie ou dans ses symptômes n'est absolument caractéristique. En tête du travail se trouve une observation nouvelle de cette affection. PIERRE MARIE.

I. — Uber pericardial Sehnenpfeifen (Sur le bruit de sibilance péricardique), par MATRAY (*Wien. med. Blätter, n°* 8, *p.* 236, 1887).

II. — Examen d'un cœur atteint d'endocardite ulcéreuse, par M. LETULLE (*Progrès méd.*, *p.* 836, 1886).

III. — On the prognosis of certain cases of valvular diseases of the heart (Du pronostic dans certains cas d'affections du cœur), par W. GAIRDNER (*Brit. med. journ.*, *p.* 261, *février* 1887).

IV. — Mitral stenosis, par G.-R. BUTLER (*New York med. journ.*, *p.* 481, 30 *octobre* 1886).

V. — Aneurysma cordis, par POCHMANN (*Wien. med.Presse*, *p.* 1403, *n°* 43, 1886).

VI. — Zur Diagnose der Tricuspidalinsufficienz, par Franz RIEGEL (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 621, 20 *septembre* 1886).

VII. — Insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite végétante, par MALIBRAN (*Union médic.*, 20 *janvier* 1887).

VIII. — Ueber Dilatation der rechten Vorhofes und ihrer Nachweis (Dilatation de l'oreillette droite), par SCHROETTER (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 51, 1887).

IX. — On cardiac dilatation at puberty and its frequent occurence in girls, par G.-N. PITT (*Brit. med. journ.*, *p.* 1028, *novembre* 1886).

X. — Case in which a loud splashing sound was produced synchronously with cardiac action (Bruit métallique synchrone aux battements du cœur), par Cormack SMITH (*The Lancet*, 9 *janvier* 1886).

XI. — Lésions cardiopulmonaires d'origine nerveuse, par Ulrich SCHNELL (*Thèse de Paris*, 1886).

XII. — Uber Aortenstenose, par LEYDEN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 726, 18 *octobre* 1886).

XIII. — Negativer Herzstoss bei Aneurysmen und Dilatationen der Aorta ascendens (Rétraction systolique de la pointe du cœur dans les anévrismes

et dilatations de l'aorte ascendante), par **GOLOWIN** (*Ibidem, p.* 671, 4 *octobre* 1886).

XIV. — A case of multiple embolism of the arteries of the extremities, etc., par John LANGTON et A. BOWLOY (*Brit. med. journ., p.* 10,132, *novembre* 1886).

I. — Il s'agit d'un homme de 29 ans, soigné, de 1884 à 1885, pour un mal de Bright et anciennement syphilitique. Lorsque Matray le vit, il se plaignait d'oppression et de douleur dans la région précordiale et au niveau de l'épigastre. Céphalalgie continuelle depuis quelques jours; la diurèse a beaucoup diminué depuis quelques semaines. A l'examen, on trouve de l'œdème de la face et des pieds, et une augmentation de volume du cœur.

Dans toute l'étendue de la région précordiale et au delà, jusque dans l'aisselle, et même en arrière, on entend un bruit musical, systolique, semblable à un sifflement, plus marqué entre le 5e et le 7e espaces en dehors du mamelon. Le foie et la rate sont augmentés de volume. Urine, 900cc. Albuminurie.

Le 16 janvier, on entend du frottement péricardique, puis surviennent les signes d'un épanchement. Le sifflement devient plus faible et disparaît le 27. Mort du malade le 6 février.

Autopsie. Atrophie rénale. Péricarde rempli d'un litre de sérosité; fausses membranes de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; de la partie antérieure du cœur partent des filaments de 2 à 3 centimètres de longueur; il y en a un à droite, un autre à gauche. Ventricule gauche hypertrophié.

Le bruit sibilant paraît être, pour Matray, dû à la tension des filaments péricardiques, tension qui se produisait pendant la systole du cœur?

BARBE.

II. — Dans cette note, Letulle étudie avec grand soin un cœur atteint d'endocardite végétante ulcéreuse, présenté à la Société anatomique par Despaigne. Le malade avait présenté une durée inusitée des symptômes infectieux, quatre mois : il avait eu des exanthèmes cutanés, hémorragiques, et était mort subitement. L'autopsie fit voir que le typhus cardiaque était venu se greffer sur une endocardite sigmoïdienne chronique de vieille date. La mort était due à une perforation du cœur, produite à l'origine de l'aorte, en un point où l'épicarde recouvre lâchement le tissu conjonctif périaortique. Le processus avait été une ulcération progressive de l'aorte et une périaortite aiguë concomitante. Tout ce travail pathologique s'était fait autour d'une valvule sigmoïde calcifiée et largement ulcérée. A la surface des ulcérations, se voyaient de nombreuses colonies de microcoques. H. R.

III. — A propos d'une communication d'Andrew Clark, relative à la grande quantité d'individus atteints de maladies de cœur, sans en éprouver de malaise sérieux, Gairdner publie huit observations des plus probantes montrant la très longue durée que peuvent présenter les maladies de cœur, même après des accidents d'asystolie fort graves. Le siège, la rudesse, l'intensité du souffle n'ont qu'une médiocre valeur pronostique, et c'est l'état de la contractilité du muscle cardiaque qui est le principal facteur de la résistance du malade. H. R.

IV. — L'auteur relate 14 cas de rétrécissement mitral : 8 chez des femmes et 6 chez des hommes. Dans 5 cas, la lésion existait seule, et l'on notait peu de dyspnée et peu d'œdème. 4 fois le rétrécissement était compliqué d'insuffisance mitrale, 3 fois d'une double lésion aortique, 2 fois d'une double insuffisance aortique et mitrale.

10 malades étaient rhumatisants. Sur les 4 autres, il y avait un cas

douteux, un cas attribuable à la scarlatine; 2 fois seulement l'absence de rhumatisme était certaine.

5 malades ont succombé, et le diagnostic a été vérifié à l'autopsie.

L. GALLIARD.

V. — Anévrisme du ventricule gauche observé chez un homme de 32 ans, chauffeur dans une fabrique, mort subitement.

Le péricarde contient 500 grammes de sang rouge foncé en partie coagulé. Au bord externe du ventricule gauche, tumeur saillante, mesurant 10 millimètres de diamètre à sa base. Cette tumeur est déchirée sur une longueur de 5 millimètres. La sonde qu'on y introduit pénètre dans le ventricule.

Il s'agit là d'un anévrisme vrai, formé aux dépens de la paroi du ventricule qui est friable et amincie, anévrisme ouvert dans le péricarde.

Les valvules sont saines. Pas d'autre lésion.

On ignore la cause de cette altération cardiaque. L. GALLIARD.

VI. — L'existence d'un bruit de souffle au niveau de la valvule auriculo-ventriculaire droite, même quand elle est accompagnée d'une augmentation de la matité transversale du cœur, n'autorise nullement à diagnostiquer une insuffisance tricuspide. Le signe pathognomonique de cette lésion valvulaire est le pouls veineux à la fois présystolique et systolique ou systolique positif (*R. S. M.*, XXI, 135). La simple insuffisance des valvules des jugulaires ne donne jamais un pouls veineux systolique, mais toujours un pouls veineux seulement présystolique ou systolique négatif.

Avec le pouls veineux positif de la jugulaire, coexiste toujours un pouls veineux hépatique, qui est plus constant que lui, parce qu'il lui est antérieur.

Pour distinguer le pouls veineux hépatique des simples pulsations transmises au foie par le cœur ou l'aorte, il n'y a qu'à se rappeler que les pulsations communiquées ont les mêmes caractères que le pouls artériel, tandis que le pouls veineux a une période d'élévation beaucoup plus lente et s'accomplit toujours en deux temps.

D'autre part, le pouls systolique négatif de la jugulaire, qu'on rencontre dans les lésions mitrales, dans l'emphysème, etc., se différencie du pouls veineux positif de l'insuffisance tricuspide, en ce que la veine s'affaisse au moment de la systole ventriculaire, ce dont il est facile de s'assurer en explorant simultanément le pouls carotidien d'un côté par le palper, et la jugulaire de l'autre par la vue.

Ces données sont depuis longtemps classiques en France. J. B.

VII. — M..., âgée de 43 ans, sans antécédents pathologiques bien nets, a commencé, en juin 1884, à éprouver une oppression continuelle, avec accès d'étouffement, palpitations, bientôt suivies d'anasarque et d'anurie. Après un mieux sensible dû à un traitement diurétique, elle fut reprise des mêmes accidents le 20 octobre 1884. Le 4 novembre, on constatait un œdème des jambes, des lombes et de la face, une ascite modérée, le foie gros : pas de pouls veineux jugulaire ni hépatique. Pas d'hypertrophie du cœur; un bruit de galop distinct à la pointe. Un bruit de souffle systolique, très net, au niveau de l'appendice xyphoïde. Le 15 novembre, poussée de congestion pulmonaire et anurie. Mort le 17. A l'autopsie, on trouva le cœur gauche sain; à droite, des lésions considérables. Sur les valves de la tricuspide, de nombreuses végétations; ces valves sont épaissies et très insuffisantes, permettant le reflux du ventricule dans l'oreillette. H. L.

VIII. — Le cas de Schrötter concerne une fille de 14 ans, atteinte d'affection

cardiaque ancienne, avec cyanose, palpitations, dyspnée, œdème. Pouls veineux systolique au cou, dilatation des veines jugulaires. Voussure du thorax à droite, de la 6e à la 3e côte; dans cet espace, on note l'existence de la matité cardiaque qui atteint la ligne mamelonnaire droite. A gauche, la matité n'existe qu'au niveau des 4e, 5e et 6e côtes; elle n'atteint pas, comme à droite, la 3e côte; elle est donc moins étendue qu'à droite en hauteur. La pointe bat dans le 6e espace intercostal.

A la pointe, double souffle; mêmes signes à la base. Souffle systolique au niveau du ventricule droit.

On admet une double lésion mitrale et une insuffisance tricuspidienne. Comment expliquer la forme de la matité cardiaque? Puisqu'il n'y a pas d'élargissement à la base, on ne peut admettre ni une hypertrophie vulgaire, ni un anévrisme aortique. Il n'y a que trois hypothèses possibles : épanchement pleural enkysté, épanchement péricardique enkysté ou dilatation de l'oreillette droite.

Comme la dyspnée est croissante, l'auteur s'efforce d'asseoir le diagnostic, afin d'intervenir s'il y a lieu. Il enfonce l'aiguille d'une seringue de Pravaz dans le 4e espace droit, à 2 centimètres de la ligne mamelonnaire. La seringue est agitée de mouvements synchrones à ceux du cœur et se remplit de sang pur. Il s'agit donc d'une dilatation colossale de l'oreillette droite. La ponction n'a pas de conséquence fâcheuse, mais la maladie progresse, et la jeune fille meurt au bout de vingt jours.

L'autopsie fournit la confirmation du diagnostic. Les deux oreillettes, surtout la droite, sont énormément dilatées et hypertrophiées. Peu de dilatation des ventricules, peu d'hypertrophie. Valvule mitrale transformée en un entonnoir rigide et rétréci à son extrémité. Même aspect de la tricuspide. Légère lésion aortique. Foie et rate volumineux.

La cause de la dilatation de l'oreillette droite est la lésion tricuspidienne; mais on peut invoquer comme cause adjuvante une lésion congénitale du poumon droit. Il existe, en effet, une rétraction et une atrophie remarquables du lobe inférieur droit avec dilatation des bronches. La plèvre droite contient 300 grammes et la gauche 500 grammes de sérosité.

La ponction exploratrice du cœur n'a laissé aucune trace. L. GALLIARD.

IX. — Pitt attire l'attention sur la fréquence des palpitations qui se rencontrent chez les jeunes filles de 15 à 16 ans, après une croissance rapide. Pour lui, ces phénomènes sont dus à une dilatation du cœur, lequel présente, non seulement un accroissement du choc précordial, mais une augmentation de l'aire de matité cardiaque, une accentuation exagérée du 2e bruit pulmonaire et un prolongement du 1er bruit systolique mitral. L'auteur conseille un exercice modéré et un repos de deux heures par jour, dans la position horizontale, pour diminuer le travail du cœur. Il s'appuie sur les recherches anatomiques de Bencke, qui prouvent que le volume du cœur, après avoir grandi très rapidement pendant les deux premières années, subit une sorte d'arrêt de 7 à 14 ans, pour reprendre à cette époque un accroissement rapide. H. R.

X. — Un étudiant en médecine, âgé de 24 ans, est pris brusquement, sans cause connue, d'une douleur sourde occupant la région précordiale et irradiée, dans l'épaule gauche; en même temps, il perçoit un bruit de flot synchrone aux battements de son cœur et parfaitement appréciable à distance. L'auteur, appelé en consultation huit jours après, trouve le pouls calme, la circulation normale, l'état général satisfaisant. On constate une résonnance un peu exagérée au niveau de la 5e côte gauche, dans la ligne mammaire; dans le 4e espace, la percussion provoque un bruit de pot fêlé manifeste, avec douleur vive; un frottement péricardique très net se fait entendre à l'auscultation

dans toute l'étendue de la région précordiale. Au niveau de la pointe du cœur, le frottement est intermittent, n'apparaît qu'au moment des grandes inspirations, et fait place de temps en temps à un bruit de flot. Si on fait coucher le malade sur le côté gauche, on constate une pulsation visible dans le 4e espace, et en même temps le bruit de flot devient permanent et si fort qu'on l'entend à une distance de près de 2 mètres; ce bruit est rythmique, accompagnant à la fois la systole et la diastole du cœur; il a le timbre métallique et imite parfaitement le son de l'eau tombant dans une citerne. Il paraît se produire au-devant de la pointe du cœur, dans un espace grand comme une pièce de 40 sous, au niveau duquel la main perçoit un frémissement, une sorte de glouglou. Il est sensiblement modifié quand le malade amplifie ou suspend ses mouvements respiratoires. Il s'atténue dans le décubitus ventral et cesse instantanément dans la station debout.

L'auteur discute successivement l'hypothèse d'un bruit de moulin intrapéricardique, d'un bruit produit dans la plèvre ou dans une cavité pulmonaire, enfin celle d'un bruit de flot stomacal. Aucun de ces états pathologiques ne pouvant rendre compte des particularités observées (notamment du bruit de pot fêlé, de la circonscription invariable du phénomène, de sa disparition dans la position debout, etc.) on est amené à penser qu'il s'agissait d'une hernie diverticulaire de l'estomac ou du gros intestin à travers une éraillure (congénitale ou traumatique) du péricarde. Le bruit anormal disparut presque subitement quinze jours après le premier examen. H. BARTH.

XI. — Travail très soigné, riche en indications bibliographiques et appuyé sur des expériences personnelles. Voici les principales conclusions auxquelles arrive Schnell.

Il y a fort peu de cardiopathies engendrées manifestement par les maladies du système nerveux central : seule, l'insuffisance aortique est commune chez les ataxiques; mais la lésion du cœur paraît se rattacher en pareil cas aux facteurs étiologiques habituels des cardiopathies, l'ataxie étant une simple coïncidence. L'état fenêtré valvulaire considéré pas Teissier et Zohrab comme une lésion trophique, est une altération vulgaire sans rapport avec le tabes.

Par contre, certains troubles du système nerveux central semblent avoir une influence pathogénique sur les cardiopathies : tels la paralysie et la compression bulbaire, le goître exophtalmique, la compression de moelle, enfin la lypémanie. Mais l'influence de ces états cérébraux s'exerce indirectement, par l'accroissement de travail fonctionnel du cœur (palpitations) et par l'élévation de la pression sanguine. De là l'hypertrophie cardiaque, si le cœur résiste, ou sa dilatation s'il cède.

Les maladies du système nerveux périphérique ont peu d'action sur le cœur, quoique les névralgies et névrites du membre supérieur gauche puissent manifestement déterminer de l'angine de poitrine ou de la dilatation cardiaque. Il n'est pas démontré que les lésions du système nerveux puissent donner lieu à des altérations vasculaires suffisantes pour retentir sur le cœur. La discussion critique des cardiopathies expérimentalement provoquées ne permet pas d'accepter cette pathogénie comme démontrée. Les altérations vasculaires par lésions nerveuses, malgré les expériences positives faites à leur sujet, ne sont pas encore incontestables.

Schnell a essayé de provoquer des lésions cardio-vasculaires expéri-

mentales en sectionnant le grand sympathique; ses résultats ont été constamment négatifs. H. R.

XII. — 1er *cas.* Femme de 40 ans, chez laquelle l'affection cardiaque s'était développée sans cause connue.

Les troubles circulatoires se réduisaient à fort peu de chose, des palpitations et une respiration lente. Les symptômes cérébraux étaient prédominants : attaques vertigineuses, lipothymies, impossibilité de se redresser ; nausées par instants. Au niveau du cœur, souffle systolique intense se propageant jusque dans l'aorte et les carotides ; pouls radial très mince. A l'autopsie, l'aorte, très étroite, était comme fermée par un diaphragme dont l'ouverture admettait à peine un crayon.

Dans le second cas, le rétrécissement de l'orifice aortique était encore plus considérable et ne laissait qu'une fente. Chez deux malades, il existait une hypertrophie concentrique du ventricule gauche.

Dans les cas de rétrécissement aortique très intense qui sont fort rares, le choc de la pointe est très faible et au moment de la diastole, on ne perçoit ni bruit normal, ni souffle. Les phénomènes fonctionnels sont de deux sortes, tenant les uns à la faible réplétion du système aortique, les autres à l'apport insuffisant de sang au cerveau. Il en résulte un affaiblissement général qui finit par devenir assez intense pour obliger les malades à garder la position horizontale, sans faire aucun mouvement. On note en outre les troubles cérébraux signalés plus haut, quelquefois même des attaques épileptiformes.

Dans la discussion, Fraenkel dit avoir noté dans les cas de rétrécissement aortique, un ralentissement très remarquable du pouls (56-54 pulsations), qu'il est disposé à rapporter à une nutrition défectueuse du cœur.

Leyden, qui n'a jamais observé ce phénomène l'expliquerait plutôt par le marasme car l'hypertrophie ventriculaire s'oppose au développement de troubles profonds de la nutrition cardiaque. J. B.

XIII. — Golowin rappelle l'attention sur un signe constant, selon lui, des dilatations et des anévrismes de l'aorte ascendante. Il s'agit de la rétraction des espaces intercostaux ou de la moitié gauche du scrobicule, au moment de la systole cardiaque. C'est un symptôme très utile par le diagnostic différenciel de l'anévrisme et de l'insuffisance valvulaire de l'aorte, sans que ce soit toutefois un signe pathognomonique de la première de ces lésions. J. B.

XIV. — Dans le fait de Langton, il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, atteinte depuis longtemps d'une maladie de cœur, et qui entre à l'hôpital Saint-Barthélemy pour des anévrismes du coude et du creux poplité. Après un traitement par la compression méthodique, qui échoua, on dut recourir, à deux semaines d'intervalle, à la ligature de l'artère humérale et de la fémorale. Les anévrismes semblaient en voie d'amélioration, quand une embolie cérébrale emporta la malade.

On trouva, à l'autopsie, une endocardite ulcéreuse de vieille date : les valvules aortiques étaient hérissées de végétations et de plaques calcaires. Les sinus de Valsalva étaient dilatés à la façon de véritables sacs anévrismaux. L'aorte était également ulcérée, les différents viscères, rein, rate, cerveau, parsemés d'infarctus à toutes les périodes. Au niveau du coude droit se voyait un sac anévrismal communiquant avec l'artère brachiale par un orifice ulcéré, placé juste au point de bifurcation du vaisseau : immédiatement au-dessous se voyaient des embolies calcaires. L'artère iliaque primitive contenait également un embolus calcaire, et en ce point, la paroi vasculaire était ul-

cérée, amincie et dilatée en un sac anévrismal. Mêmes lésions au niveau de l'artère tibiale postérieure.

Cette autopsie met bien en relief le rôle de l'embolie sur la lésion de la paroi vasculaire et la formation de l'anévrisme.

Dans la discussion qui suivit la présentation de ce cas, Pollock et Percy Kidd rappelèrent des faits analogues. H. R.

I. — Beiträge zur Pathologie der Lungenkrankheiten, par HANAU (*Zeitsch. f. klin. Medic., Band XII, p.* 1-25).

II. — De la transsonance pulmonaire : sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début, par A. BLOND (*Thèse de Paris,* 1886).

III. — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie pulmonaire, par MARFAN (*Thèse de Paris,* 1887).

IV. — Un cas remarquable de contagion tuberculeuse, par DELOU (d'Arles) (*Montpellier médical, janvier* 1887).

V. — Ein Verfahren den Nachweiss vereinzelter Tuberkelbacillen zu sichern, etc. (Procédé de découverte des bacilles tuberculeux clairsemés), par BIEDERT (*Berl. kl. Woch., p.* 713, *octobre* 1886).

VI. — On an improved method for the detection of the tubercle bacillus in sputum, par R.-W. PHILIP (*Edinb. med. j., p.* 409, 1886).

VII. — Ueber der Nachweiss der Tuberkelbacillen im Urin, par KIRSTEIN (*Deutsche med. Woch., p.* 249, 1886).

VIII. — Vorkommen von Tuberkelbacillen im Blut und Milzsaft, etc. (Bacilles dans le sang et le suc de la rate dans la tuberculose miliaire généralisée), par RUTIMEYER (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 495, *octobre* 1885).

IX. — Ueber das Vorkommen von Cellulose in Tuberkeln (Présence de la cellulose dans les tubercules), par E. FREUND (*Wien. med. Jahrb., p.* 335, 1886).

X. — Ueber eine Zooglœa Form des Tuberkel-Organismen, par E. AMRUSCH (*Wien. med. Jahrb., p.* 291, 1886).

XI. — Ueber Tuberkelbacillen und Tuberkelspore, par van SCHROEN (*Berl. klin. Woch.,* 13 *décembre* 1886).

I. — Les recherches de Hanau sur la tuberculose portent sur les points suivants :

a) *Localisation des tubercules aux sommets.* — Pour expliquer cette localisation trois théories ont été proposées. On a dit que les sommets recevaient moins de sang, étaient plus souvent le siège de vieilles inflammations, respiraient avec moins d'intensité que les autres parties du poumon.

Hanau n'a pas de peine à réfuter la première de ces assertions.

Il n'admet pas non plus l'importance des anciennes inflammations; rien n'est plus fréquent que de trouver des scléroses, des pneumoconioses des poumons sans tubercules.

Il est inexact de dire que les sommets des poumons respirent moins que les autres portions. L'inspiration y est au contraire plus forte. Si le murmure vésiculaire y paraît plus faible qu'à la base, cela tient uniquement à la masse moindre de tissu pulmonaire. L'expiration au contraire est faible, car aucun des muscles expirateurs n'agit directement sur le

sommet. Les bacilles arrivent donc en plus grande quantité et sont expulsés plus difficilement que dans les autres lobes. Peut-être même au moment de l'expiration se produit-il dans les bronchioles supérieures des courants d'air rétrogrades qui facilitent encore leur pénétration.

Dans les pneumoconioses, les poussières quand elles sont peu abondantes se distribuent de la même façon que les bacilles et occupent surtout les sommets. Quand elles sont très abondantes au contraire elles gagnent les bases, car alors elles sont surtout transportées par le mucus bronchique qui obéit davantage aux lois de la pesanteur.

b) *Résistance de certains poumons à la tuberculose.* — La tuberculose se développe difficilement chez les bossus, chez les emphysémateux. C'est qu'en effet l'inspiration est alors imparfaite, condition défavorable au transport des bacilles. De même dans les poumons atteints à la fois d'emphysème et de pneumoconiose les points emphysémateux sont ceux qui renferment le moins de poussières.

La pneumoconiose elle-même peut s'opposer au développement des bacilles quand ceux-ci n'arrivent qu'après que les poussières ont produit la sclérose du tissu pulmonaire et formé une cicatrice. L'auteur rapporte deux autopsies à l'appui de ces idées.

c) *Progression de la tuberculose.* — L'autoinoculation par la résorption des masses caséeuses, la pénétration des bacilles profondément dans les glandes joue un grand rôle. Et il convient de remarquer que, si le maximum des lésions est aux sommets, de nombreux petits foyers secondaires sont ordinairement disséminés dans tout le poumon.

La granulie doit être le résultat d'une inoculation de bacilles très nombreux qui se distribuent un peu partout comme dans les cas de poussières très abondantes.

d) *Accélération de la tuberculose après l'accouchement.* — Trois autopsies de femmes chez lesquelles la tuberculose avait pris après l'accouchement une marche très rapide, ont montré à Hanau, à côté des lésions anciennes, de nombreux foyers d'origine récente. De la situation de ces foyers, par rapport aux premiers, il put conclure qu'ils étaient dus à une dissémination des produits tuberculeux pendant les violents efforts respiratoires qui avaient accompagné l'accouchement. C'est dans le cas où cet accouchement avait été le plus pénible qu'ils étaient le plus nombreux. Cette interprétation toute mécanique trouvera sans doute plus d'un incrédule. M. DEBOVE.

II. — L'oreille appliquée sur une des faces de la poitrine pendant qu'on percute un des os superficiels de la face opposée, perçoit normalement un bruit vibrant accompagné d'une sorte de frémissement métallique. Quand il existe une induration tuberculeuse ou inflammation du parenchyme pulmonaire, le bruit transsonant se modifie, devient mat, dur, à tonalité plus élevée. Pour constater l'absence de vibrations due à l'hétérogénéité des milieux par induration du tissu pulmonaire, il faut que les ondes sonores traversent ces indurations avant d'arriver à l'oreille. A. CHAUFFARD.

III. — Voici les conclusions du travail de Marfan qui s'appuie sur une quarantaine d'observations inédites :

La phtisie pulmonaire, à toutes ses phases, s'accompagne de troubles gastriques.

1° Il existe d'abord un syndrome gastrique qui marque le début de la tuberculose, et qui se caractérise par l'irrégularité de l'appétit, la tension plus ou moins douloureuse de l'épigastre, les renvois acides, parfois les vomissements avec ou sans secousses de toux. Les générateurs directs de ces troubles fonctionnels paraissent être d'une part l'inertie gastrique, de l'autre l'insuffisance de la sécrétion chlorhydro-pepsique. Il est vraisemblable que l'irritabilité du pneumogastrique joue un grand rôle dans les allures cliniques de ces symptômes, qui peuvent masquer parfois les lésions pulmonaires.

2° A la période du ramollissement et de la formation des cavernes, il existe souvent une véritable gastrite, avec anorexie, absence de renvois acides, vomissements pituiteux, douleur à la pression de l'épigastre et signes de dilatation gastrique.

Les lésions de cette gastrite terminale consistent en une injection avec épaississement de la muqueuse qui paraît mamelonnée et tomenteuse, parfois alvéolaire. Histologiquement, on constate une infiltration de cellules rondes, débutant par la superficie de l'espace interglandulaire, pour pénétrer ensuite entre les glandes et jusque dans le tissu sous-glandulaire. Les amas lymphatiques de cette zone sous-glandulaire participent à l'inflammation et donnent lieu à de petites érosions, les glandes elles-mêmes sont dilatées et vésiculeuses, plus tard même kystiques, tandis que le tissu interglandulaire proliféré devient papillomateux.

Jusqu'ici la gastrite terminale des phtisiques ne paraît pas dépendre de la pénétration des bacilles. Il semble probable que les ingesta irritants, et surtout le pus des crachats venant des cavernes, en sont l'agent immédiat. H. R.

IV. — Jeune fille de 16 ans, malade depuis la fin de l'hiver, présente en juillet 1886 des signes de ramollissement pulmonaire, elle succombe un mois plus tard. Le père et la mère de cette jeune fille sont très bien portants et n'ont jamais été malades. Le grand-père et la grand-mère du côté paternel ont 85 et 80 ans, ceux du côté maternel ont dépassé l'un et l'autre 70 ans.

Pendant la maladie de cette fille, une jeune sœur âgée de 12 ans, présenta quelques signes de bronchite légère; comme elle partageait le lit de sa sœur, le médecin prescrivit de l'éloigner au moins pendant la nuit ainsi qu'un petit garçon âgé de 6 ans et qui couchait aussi dans la même chambre. On ne tint compte que très imparfaitement de ces recommandations. Au mois de septembre, la petite fille de 12 ans tombe malade et meurt au mois d'octobre, de phtisie pulmonaire suraiguë. Le garçon de 6 ans qui à ce moment présentait déjà de la céphalagie, succombe à son tour quinze jours plus tard.

Dans cette famille ainsi frappée, il y avait une sœur aînée âgée de 20 ans, robuste, mariée et n'habitant pas avec ses parents. Elle a déjà un enfant vigoureux. Elle a donné à ses frère et sœurs des soins intermittents, pendant leur maladie et n'a pas été malade. A. MOSSÉ.

V. — Biedert abandonne pendant quelque temps les liquides d'expectoration qui ne contiennent que des bacilles tuberculeux clairsemés et difficiles à découvrir; il recherche ensuite les bacilles dans le sédiment. Voici comment il procède. Une cuillerée à soupe de crachats additionnée à 2 cuillerées d'eau et à 8 gouttes de liqueur de soude caustique est chauffée jusqu'à liquéfaction; on y ajoute alors quatre nouvelles cuillerées d'eau et l'on continue à chauffer pour obtenir

une liqueur uniforme ne présentant plus que quelques particules flottantes. Si la masse refroidie n'est pas suffisamment fluide on l'additionne encore de quelques cuillerées d'eau et on laisse reposer le tout dans un verre à pied, durant deux ou trois jours. Au bout de ce temps on décante les couches superficielles qui ne renferment pas ou ne renferment que très peu de bacilles et l'on ne garde qu'une couche de quelques millimètres d'épaisseur, occupant le fond du verre et contenant les particules flottantes. Après avoir remué soigneusement ce dépôt, on en prend quelques gouttes qu'on dessèche sur une lamelle de verre avant de les passer trois fois à une flamme et de les colorer. Des recherches comparatives ont appris à Biedert que pour colorer les bacilles traités par son procédé, la méthode de Neelsen et de John (solution d'aniline phéniquée, 5 parties d'acide phénique, 100 d'eau distillée, 1 de fuchsine et 10 d'alcool ; décoloration par l'acide sulfurique à 25 0/0 et recolaration par le vert malachite) donne toujours des résultats plus nets que celle d'Ehrlich. Ce fait tient surtout, d'après Biedert, à l'emploi de la liqueur alcaline. Aussi est-il inutile de laisser reposer la préparation de crachats plus de deux fois 24 heures, car le nombre de bacilles reconnaissables tend plutôt à diminuer qu'à augmenter. Cette propriété qu'a la soude d'altérer le pouvoir de coloration des bacilles tuberculeux, ne permet pas d'appliquer le procédé de Biedert aux tissus tuberculeux.

J. B.

VI. — Cette amélioration du procédé habituellement employé consiste à placer les crachats dans un flacon et à les laisser ainsi exposés à une température constante de 37° à 38° pendant vingt-quatre heures. Les éléments cellulaires tombent au fond du vase tandis que les parties aqueuses surnagent. Le liquide pris dans la partie profonde du vase est moins visqueux que les crachats naturels et s'étend beaucoup plus facilement sur les lamelles de verre. Les bacilles y sont plus nombreux, plus faciles à découvrir. L'auteur pense qu'il s'en fait une véritable culture. ALBERT MATHIEU.

VII. — Sujet de 40 ans, né de parents sains, ayant eu la blennorragie et des rétrécissements de l'urètre. Il se présente le 30 juin avec les signes d'une cystite chronique. Rien aux poumons, mais plusieurs abcès provenant des côtes et un abcès inguinal d'origine vertébrale. Pas de bacilles tuberculeux dans l'urine au moment de l'entrée à l'hôpital (30 juin 1885). Le 13 juillet sur 40 préparations il y en a une seule qui contient des bacilles tuberculeux. On a donc la certitude qu'il existe une ulcération tuberculeuse de la vessie.

En examinant ensuite avec soin les sédiments urinaires, l'auteur constate des bacilles dans toutes les préparations. L. GALLIARD.

VIII. — Rutimeyer a recherché vainement les bacilles spécifiques chez un malade atteint de tuberculose miliaire aiguë généralisée dans le sang retiré de la rate par une ponction seize heures avant la mort, mais il en a trouvé après la mort de ce malade dans le sang de la rate et dans le suc splénique.

D'autre part, dans un autre cas de la même maladie, il a constaté la présence des bacilles dans le sang de la rate un quart d'heure avant la mort, tandis qu'à l'autopsie, le sang du cœur n'en contenait pas. J. B.

IX.— Freund prend des poumons tuberculeux et plonge les fragments pendant plusieurs jours dans l'acide chlorhydrique ou sulfurique dilué,

la destruction étant opérée, il trouve les petites masses tuberculeuses respectées par ces réactifs, il les broie et les traite d'abord par l'acide sulfurique concentré, puis par l'eau chaude. La solution obtenue a les réactions du sucre. Dans cette expérience, la substance tuberculeuse s'est comportée comme aurait fait la cellulose.

Le sang des tuberculeux contient une substance qui réagit de la même façon.

En second lieu, l'auteur remarque la résistance du sang et des tissus tuberculeux au mélange de Schulze (acide nitrique et chlorate de potasse). C'est encore un des caractères de la cellulose.

La comparaison avec la cellulose continue, d'après l'auteur, par la constatation : de la colorabilité en bleu par l'iode, en présence de l'acide sulfurique ou du chlorure de zinc ; de l'insolubilité dans les liquides indifférents ; la solubilité dans l'oxyde de cuivre ammoniacal.

D'après les résultats de ces expériences, l'auteur conclut qu'il existe dans la matière tuberculeuse et dans le sang des tuberculeux, à titre d'élément important, une substance qui n'est autre que la cellulose.

L. GALLIARD.

X. — Malassez et Vignal ont décrit une tuberculose zoogléique dont les éléments sont réfractaires aux agents qui colorent les bacilles tuberculeux. L'auteur, au contraire, décrit une forme zoogléique dans laquelle les microorganismes fixent les mêmes substances colorantes que les bacilles.

Il a vu des bâtonnets, plus épais que les bacilles, se colorant médiocrement, mais contenant des spores qui prennent une coloration foncée et dont le nombre est variable.

A un fort grossissement, il a constaté que ces bâtonnets et ces spores forment des agglomérations réunies par une substance fondamentale.

Il a obtenu des cultures prises des zooglées tuberculeux. L. GALLIARD.

XI. — Dans son état jeune, le bacille tuberculeux est une chaîne de torula. Au fur et à mesure du développement, les granulations s'éloignent de la chaîne en restant reliées entre elles. La substance intercellulaire du bacille est un produit de secrétion de ces granulations qui se forme par apposition. Lors de la métamorphose régression (muqueuse) du bacille, les granulations deviennent libres, constituant ainsi les spores du bacille. Ces spores, mises en liberté, grandissent et se transforment en spores-mères possédant une capsule et un contenu. Le contenu fixement granuleux de la spore-mère se métamorphose en spore-fille. Les spores-filles font enfin éclater la capsule contractile et sortent de la spore-mère, soit isolément, soit sous forme de chaîne de torula (bacille jeune). J. B.

Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sous la direction de VERNEUIL (1er *fasc.*, *Paris* 1887).

Le 1er fascicule de cette publication comprend une série de mémoires dont voici le résumé succinct :

1° *Sur les phénomènes de la karyokinèse observés dans la tuberculose* par *V. Cornil.* — Les modifications apportées dans les tissus au début de la formation des tubercules, sous l'influence du bacille, sont les suivantes : les cellules fixes des tissus (cellules du tissu conjonctif, cellules endothéliales des vaisseaux et des membranes, cellules épithéliales des

muqueuses et des organes glandulaires, tels que le foie et le rein) sont les premières à entrer en multiplication et reproduisent des cellules épithélioïdes. Celles-ci constituent par leur agglomération le premier rudiment de la néoplasie tuberculeuse, et se multiplient ensuite à mesure que le même processus atteint les parties voisines. A ces éléments viennent s'ajouter les cellules migratrices sorties des vaisseaux sanguins et lymphatiques.

2° Sur *l'atténuation du virus de la tuberculose* par *Gosselin* (de Caen). — Gosselin a cherché à résoudre les questions suivantes :

a) L'organisme des animaux difficilement inoculables atténue-t-il le virus tuberculeux? Résultats négatifs.

b) Inoculation de tuberculoses bénignes. Les tuberculoses, dites bénignes, ne doivent leur caractère de bénignité qu'au milieu dans lequel elles évoluent. Le principe actif n'est nullement amoindri, il reprend sa vitalité ordinaire aussitôt qu'il se retrouve dans des conditions favorables.

c) L'injection du sang de tuberculeux à la période de cachexie amène la tuberculose; les animaux injectés sans résultat avec du sang pris à la première période sont aptes à devenir tuberculeux; ils ne sont pas vaccinés.

d) Les tentatives de stérilisation de l'organisme, avant et après l'inoculation, avec des sels de mercure ont été plutôt nuisibles ; celles avec l'iodoforme ont donné des résultats encourageants.

3° *Sur les moyens de rendre l'organisme réfractaire à la tuberculose* par *Raymond* et *Arthaud*. — Constatant qu'il existe, même dans les liquides de culture, certaines conditions qui peuvent diminuer ou enrayer la pullulation du bacille, les auteurs ont cherché un agent thérapeutique qui arrêtât les progrès de la tuberculose. L'iodoforme et le sulfure de carbone n'ont donné aucun résultat satisfaisant. Le tannin semble plus efficace, à la dose de 1 à 5 grammes par jour.

4° *Notes sur la tuberculose expérimentale* par *Daremberg*. — Daremberg a tenté d'appliquer à la tuberculose la méthode expérimentale de Pasteur pour la rage, l'inoculation après trépanation du cerveau ou du rachis. Aucun résultat.

5° *Sur quelques faits expérimentaux relatifs à l'histoire de l'hérédo-tuberculose* (*inoculation du sperme de cobayes tuberculisés*) par *Landouzy* et *H. Martin*. — Dans huit expériences, du sperme de cobayes tuberculeux ou de la pulpe de testicule ont été inoculés chaque fois à deux cobayes, et sur ce nombre de 16 inoculations spermatiques, 6 ont été positives, chiffre évidemment très probant, puisqu'il représente le tiers des animaux mis en expérience. C'est une preuve en faveur de la transmission paternelle de la tuberculose directe et sans atteinte de la mère.

6° *De la tuberculose externe congénitale et précoce* par *Lannelongue*. — Lannelongue a réuni 1005 cas de tuberculose externe chez des enfants de 0 à 15 ans. Le maximum de fréquence se trouve entre 2 et 3 ans. Dix cas ont trait à des enfants de 1 jour à 9 semaines, dont 4 dans le premier mois.

En dehors de la transmission par contagion, Lannelongue croit que bon nombre de cas sont dus à une infection intra-utérine, qu'il s'agit d'une véritable transmission héréditaire.

7° *Sur la tuberculose du foie* par *Brissaud* et *Toupet*. — On peut

admettre 4 variétés, suivant la localisation et le nombre des tubercules. Tantôt, il n'y a que quelques granulations miliaires difficiles à découvrir (tuberculose discrète). Tantôt, les granulations constituent une véritable infiltration de toute la glande (tuberculose miliaire confluente). Dans une 3e forme, les tubercules caséifiés forment de gros nodules siégeant à la superficie du foie. Le 4e type, tuberculose biliaire, ne doit ses caractères spéciaux qu'à sa localisation : elle est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Un fait à signaler au point de vue du diagnostic, c'est que le bacille est fort difficile à trouver dans le foie de l'homme. Brissaud et Toupet admettent que la bile humaine exerce sur ces bacilles une influence spéciale qui les empêche de se colorer.

Le tubercule, quelle que soit sa forme, peut se développer dans toutes les parties du parenchyme hépatique. Cependant son point de départ le plus ordinaire est la capsule de Glisson et parmi les ramifications de la capsule de Glisson, l'espace porte sous lobulaire.

Il est difficile de déterminer par quelle voie la tuberculose hépatique se propage à toutes les ramifications des canaux portes. Brissaud et Toupet ne croient pas que la veine porte soit l'axe de formation du tubercule.

A côté des formes miliaires, il existe une autre variété, sorte d'inflammation spécifique qui représente une cirrhose, c'est ce qu'ils appellent la cirrhose tuberculeuse.

8° *De la tuberculose primitive des bourses* par *P. Reclus* (voy. *R. S. M.*, XXIX, 681).

9° *De la tuberculose oculaire* par *Valude.* — Revue générale très complète de cette question, avec bibliographie.

10° *Sur le traitement de la phtisie pulmonaire par les injections rectales gazeuses* par *L. H. Petit* (voy. *R. S. M.*, XXIX, 500).

11° *Contrindications des injections rectales gazeuses* par *Bergeon.*

12° *Lithiase et tuberculose* par *Verneuil.* — Deux observations de coïncidence de tuberculose et d'arthritisme ; calculs vésicaux.

13° *De la généralisation tuberculeuse après l'ablation d'un tubercule local initial* par *A. Demars.* — Trois castrations et un cas de raclage d'hygroma tuberculeux de la patte d'oie, suivi à bref délai de l'évolution d'une phtisie pulmonaire.

Verneuil complète ce travail par la publication de 17 observations du même genre et énumère les conditions prophylactiques que peut réaliser le chirurgien en détruisant autant que possible le poison et le foyer.

14° *Sur un cas de panaris tuberculeux*, par *Peyrot* et *Jonesco.*

15° *D'un nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale* par *F. Verchère.* — Verchère injecte de l'éther iodoformé à 10 0/0 directement dans les ganglions, une seringue ou une demi-seringue à diverses reprises tous les 8 ou 10 jours. On voit rétrocéder l'adénite, et disparaître en général l'inflammation après 6 ou 7 injections ; 5 observations à l'appui.

A. CARTAZ.

I. — **Des maladies simples du poumon, par G. SÉE** (*In-8 de 625 p., Paris*, 1886).

II. — **Note sur l'étiologie de l'emphysème pulmonaire, par GOLUBOFF** (*Med. Obosr.*, *n°* 15, 1886).

III. — On asthma : its nature and treatment, par H. DOBELL (*Londres*, 1886).

IV. — Dell' asma tabagico, par A. RUSSO-GILIBERTI (*Boll. della Soc. d'igiene di Palermo, I, nos* 9 *et* 10).

V. — Ueber die acute Lungenblähung und ihre Beziehung zum Bromchialasthma (Rapports de l'asthme et de l'emphysème), par BIERMER (*Berl. kl. Woch., p.* 687, 4 *octobre* 1886).

VI. — Hochgradige Atrophie der linken Lunge, etc. (Atélectasie atrophique du poumon gauche, hypertrophie compensatrice du droit), par Karl SCHUCHARDT (*Arch. f. path. An. u. Ph., CI., Heft* 1, *p.* 71).

VII. — Ein Fall von diffuse Knochenbildung in der Lunge (Ossification diffuse du poumon), par Félix COHN (*Ibidem, p.* 156).

VIII. — Cancer primitif du poumon, par MÉNÉTRIER (*Bull. Soc. anat.*, 12 *novembre* 1886).

IX. — Du pneumothorax simple, par VINAY (*Lyon méd.*, 30 *janvier* 1887).

X. — Étude sur quelques cas de pneumonie observés à l'hôpital de la Pitié au printemps de 1886, par LANCEREAUX et BESANÇON (*Arch. gén. de méd. septembre* 1886).

I. — Sous ce titre, G. Sée étudie l'asthme, la congestion, les hémorragies pulmonaires, les pleurésies et le pneumothorax.

Suivant les diverses modalités cliniques, on doit distinguer trois variétés d'asthme :

1° L'asthme nerveux essentiel, véritable névrose, asthme pneumo-bulbaire, que l'excitation primordiale porte sur les extrémités du nerf vague ou sur leur centre bulbaire (asthme des foins, asthme naso-bulbaire, asthme gastro-bulbaire, asthme par poussières ou gaz toxiques, etc.);

2° L'asthme alvéolaire ou emphysémateux, forme la plus fréquente et la plus grave, la lésion pulmonaire étant permanente, le retentissement sur le cœur rapide, d'où stases, congestions, phénomènes asphyxiques, etc.;

3° L'asthme catarrhal ou bronchitique, qui survient quand la sécrétion catarrhale devient prédominante et permanente sous l'influence des stases sanguines. Cette variété se lie à l'histoire des bronchites chroniques, avec ou sans dilatation, qui sont primordiales, diathésiques ou cardio-vasculaires ;

4° Les pseudo-asthmes, c'est-à-dire toutes les dyspnées avec accès paroxystiques, simulant plus ou moins l'asthme vrai et qui dépendent de lésions du cœur, du rein, de sténose laryngo-trachéale, de troubles pathologiques divers.

La thérapeutique de l'asthme forme un long chapitre où l'on trouvera l'exposé critique de toutes les médications proposées contre cette maladie.

La congestion pulmonaire n'existe pas en tant qu'affection spéciale, essentielle ; ou il s'agit d'un trouble secondaire, conséquence d'une autre maladie, ou il s'agit d'une pneumonie à évolution incomplète. On peut ranger les congestions en quatre catégories : congestions par irritation ; congestions des maladies générales, fébriles ; dans les affections pulmo-

naires aiguës et enfin par stases cardio-pulmonaire. La congestion, dite arthritique, n'est d'ordinaire qu'une tuberculose à évolution insidieuse.

Les pleurésies forment deux grandes classes : par propagation ou par infection. La pleurésie dite *à frigore* est tantôt l'une, tantôt l'autre ; le froid n'est pas un facteur étiologique, il n'est qu'une cause prédisposante. Parmi les pleurésies par infection, la plus fréquente est la pleurésie d'origine tuberculeuse, puis rhumatismale, etc. Au point de vue clinique, les variétés sont assez nombreuses, sèche, fibrino-séreuse, hémorragique, etc.

L'ouvrage se termine par l'étude des pneumonies chroniques et du pneumothorax. A. CARTAZ.

II. — On sait que Freund pense que l'ossification sénile des cartilages costaux peut jouer un rôle important dans l'étiologie de l'emphysème pulmonaire chez les sujets âgés. Goluboff a observé plusieurs malades chez lesquels existaient des symphyses congénitales complètes ou incomplètes (sous forme de travées cartilagineuses), entre la 6e et la 7e, la 5e et la 6e côtes (dans un cas il y avait adhérence entre la 4e et la 5e côtes) de sorte que les cartilages de ces côtes formaient une masse commune, large de surface et très peu mobile.

Dans ces cas le nombre des côtes vraies était, par conséquent, réduit à quatre. Il est facile de comprendre qu'une telle anomalie doit considérablement diminuer l'élasticité et la mobilité de la cage thoracique et peut prédisposer à l'emphysème. Et de fait, dans les cas de ce genre l'auteur a très souvent constaté l'existence d'un emphysème pulmonaire dans des circonstances qui excluaient toutes les causes étiologiques habituelles de cette affection. Il est donc permis de penser que l'emphysème était ici la conséquence de l'anomalie du thorax. La constatation des symphyses chondrocostales congénitales serait toujours facile d'après l'auteur. W. HOLSTEIN.

III. — La courte monographie de Dobell est consacrée à l'exposition d'une théorie de l'asthme « entièrement neuve, dit l'auteur, propre à suggérer de nouveaux remèdes et à rendre plus efficace l'application des anciens ».

Cette théorie assez difficile à démêler au milieu d'une foule de citations confuses, repose sur l'hypothèse que, avant l'accès d'asthme l'hémoglobine du sang serait moins apte à céder son oxygène aux éléments anatomiques, d'où cri de détresse de ceux-ci, action sur le centre respiratoire, et mise en branle de l'accès.

Un diagramme montre les voies multiples centripètes et centrifuges du réflexe dyspnéique. En somme, travail peu fait pour éclaircir le problème si complexe de la pathogénie de l'asthme. A. CHAUFFARD.

IV. — Dans ce travail, Russo-Giliberti passe en revue les divers phénomènes toxiques dus à l'abus du tabac et publie une observation rare de crises d'asthme survenus chez un jeune homme de 24 ans par abus de fumer et qui cessèrent quand le malade renonça aux cigares et évita de séjourner dans une pièce viciée par la fumée de tabac.

Le sujet était fort nerveux et c'est là une cause prédisposante pour que l'intoxication survienne à doses comparativement faibles. A. C.

V. — Pour Biermer, l'asthme est le résultat d'un spasme des petites bronches qui a pour effet de laisser affluer l'air dans les vésicules au

moment de l'inspiration, tandis qu'il s'oppose à l'issue de l'air au moment de l'expiration dont le courant est beaucoup moins énergique. La conséquence de cet état de choses est la production d'un emphysème pulmonaire aigu révélé à la percussion.

Les belles expériences de Riegel et Edinger (*R. S. M.*, XXII, 54) sur lesquelles G. Sée s'appuie ont simplement appris que l'excitation du pneumogastrique entraîne par voie réflexe un spasme du diaphragme. Mais ce spasme diaphragmatique n'est nullement de l'asthme, et il lui en manque précisément le trait distinctif, la dyspnée expiratoire. J. B.

VI. — Schuchardt rapporte l'observation d'un homme de 28 ans mort de pneumonie droite, à l'autopsie duquel le poumon droit remplissait presque tout le thorax. Le cœur, dont le ventricule droit était hypertrophié, était fortement refoulé à gauche et en bas, le poumon gauche ayant le volume d'un poing se trouvait accolé contre les vertèbres ; il présentait ses deux lobes et ressemblait assez au poumon atélectasié d'un nouveau-né. Ce poumon atélectasié était maintenu par des adhérences pleurales et anciennes ; il présentait des lésions de pneumonie fibreuse chronique avec bronchectasies ; on ne trouvait pas de véritables kystes.

Comparant ce cas avec les divers autres qu'il a pu retrouver dans la science, et discutant les hypothèses émises à ce sujet, Schuchardt ne croit pas devoir admettre l'idée qu'il s'agit là d'un arrêt de développement ou d'une altération datant de la période fœtale. Il pense que c'est après la naissance, dans les premiers jours de la vie peut-être, que le poumon fut atteint de pleurésie et d'atélectasie. Le poumon droit se serait développé assez rapidement pour subvenir à l'hématose, et le poumon gauche devenu inutile serait resté atrophié. Il est assez remarquable que le malade n'avait jamais accusé la moindre gêne respiratoire avant la pneumonie qui l'emporta. L'auteur trouve un argument en faveur de son hypothèse dans un fait publié par Ratjen. Dans ce fait, le poumon gauche atrophié contenait des granulations charbonneuses introduites, forcément, par la respiration et par conséquent après la naissance. L'atélectasie avait été déterminée par un rétrécissement cicatriciel de la grosse bronche de ce côté. L'auteur fait remarquer que Lichtheim a pu expérimentalement produire des occlusions d'une grosse bronche sans faire mourir les animaux. (Voir *Arch. f. exp. Path.* Band X, page 54, 1879).

P. GALLOIS.

VII. — Cohn compte dans la littérature médicale 7 cas publiés de formation de noyaux osseux dans les poumons. Il considère qu'on peut les ranger sous deux formes principales : l'une ramifiée, l'autre tubéreuse, cette dernière étant moins fréquente. Cependant un cas de Port présente un type différent : il s'agit d'une masse ossifiée unique siégeant au sommet du poumon droit, cela ressemblait à une tumeur. L'observation de l'auteur constituerait un nouveau type tout différent auquel il donne l'épithète de diffus. Cette altération aurait été remarquée chez un homme mort de pneumonie fibrineuse qui n'aurait, antérieurement à cette affection, rien présenté d'anormal du côté de la poitrine. Les noyaux osseux se sont formés surtout au voisinage des vaisseaux qui entourent les alvéoles, et dans le tissu conjonctif qui les entoure et qui s'est anormalement développé. Ce serait dans ce tissu conjonctif, primitivement hypertrophié, que les noyaux osseux auraient pris naissance; en augmentant de volume, ces noyaux compriment les alvéoles, repoussent leurs cloi-

sons et finissent par les détruire. L'auteur pense que cette ossification a été une déviation d'un travail inflammatoire ayant porté sur le tissu conjonctif du poumon, et la rapproche comme pathogénie de la myosite ossifiante. Peut-être faut-il y ajouter l'hypothèse d'une « diathèse ossifiante. » En tout cas, cette « pneumonie interstitielle ossifiante » est intéressante à rapprocher des autres formes d'ossification du poumon, et explique peut-être comment se forment les vrais ostéomes du poumon. P. GALLOIS.

VIII. — Homme de 51 ans entré le 21 mai dans un état de cachexie avancée, présentant à la base du poumon gauche une zone limitée de matité avec respiration soufflante.

A la fin de juin, on trouve dans les crachats de petits grumeaux blanchâtres formés d'éléments épithéliaux, à gros noyaux comme dans le carcinome. Une ponction, pratiquée alors, permit de retirer 150 grammes de pus avec des cylindres épithéliaux et de nombreux microcoques, qui, cultivés, donnèrent les réactions du streptococcus pyogène. En juillet, adénopathie sus-claviculaire et cervicale. Mort en octobre. La fièvre vespérale ne dépassa jamais 38 degrés.

A l'autopsie, on trouve dans le côté gauche, à la base du lobe inférieur, une caverne de la grandeur d'un œuf de poule, et, au niveau de la paroi interne de celle-ci, une masse néoplasique blanc-jaunâtre, bourgeonnant en dedans, se continuant en bas au diaphragme, au péricarde et remontant le long des bronches. Le reste du poumon est sclérosé, anthracosé. Le lobe supérieur et tout le poumon droit contiennent des tubercules fibreux disséminés. Les ganglions du hile à gauche sont dégénérés, de même que les péritrachéaux et que plusieurs des cervicaux. Le foie est semé à sa surface et à sa profondeur de petits noyaux cancéreux.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un épithéliome à cellules polyédriques, à gros noyaux, disposées en traînées ou en amas, au milieu d'une gangue épaisse de tissu conjonctif. Au pourtour du cancer, les lésions sont celles de la sclérose pulmonaire, partout l'épithélium alvéolaire est revenu à l'état embryonnaire; les cavités sont tapissées de cellules cubiques à gros noyaux, rarement graisseuses, parfois accolées en forme de bourgeons.

Ménétrier admet le développement d'un cancer primitif au sein d'un poumon sclérosé de vieille date aux dépens de l'épithélium alvéolaire.

H. L.

IX. — Vinay rapporte l'histoire d'un jeune homme pris brusquement de pneumothorax, sans affection antérieure, sans tuberculose concomitante; pneumothorax purement gazeux, sans épanchement de liquide. Il rappelle les observations analogues et discute l'étiologie : ces formes de pneumothorax proviennent ou d'une rupture de vésicules emphysémateuse ou sont d'origine tuberculeuse. C'est à la première variété qu'appartenait son cas; le malade ne présentait aucune lésion pulmonaire suspecte, l'examen n'a pu révéler des bacilles dans les crachats, et la guérison est survenue avec engraissement, la thérapeutique se bornant aux piqûres de morphine, inhalation d'oxygène et repos au lit. A. CARTAZ.

X. — L'épidémie de pneumonie qui a sévi à Paris en 1886 a été remarquable par sa gravité excessive et par ses particularités cliniques. Elle s'est montrée surtout à partir du mois de mars et a suivi ou accompagné de nombreux cas de grippe. 23 cas de pneumonie ont été observés par Lancereaux et Besançon. 17 venaient du dehors, 6 ont pris naissance dans les salles et ont été tous les 6 suivis de mort. Ils ont été contractés dans la même salle au mois de mars dans l'espace d'une semaine. Cette salle,

étroite et basse où les lits sont très rapprochés, avait reçu du dehors, pendant le mois de février, un assez grand nombre de pneumoniques. Parmi les faits relatés, il en est un particulièrement intéressant au point de vue de la contagiosité de la maladie, c'est celui qui a trait à un mari et à sa femme (tous deux infirmiers), frappés presque en même temps et succombant tous deux à l'infection. Dans le même ordre d'idées, il faut citer l'observation d'un étudiant du service, mort d'une pneumonie contractée auprès de ses malades dans la même salle.

L'aspect clinique et l'évolution des pneumonies de 1886 ont été très remarquables. Le mode d'invasion a été insidieux. Le grand frisson du début a souvent manqué et a été remplacé par de petits frissons plus ou moins répétés. Le point de côté et l'angoisse thoracique ont été très accentués. L'expectoration a souvent été classique; le plus souvent elle a été abondante, non rouillée, colorée en rose, puis visqueuse.

Certains malades ont succombé au cinquième jour, d'autres au deuxième et au troisième. La mort est, d'autre part, arrivée au vingt et unième et même au quarante-septième jour.

Comme particularités anatomiques, les auteurs citent la fréquence des moules fibrineux bronchiques, l'abondance des concrétions muco-purulentes dans les conduits aériens. Ils ont presque toujours trouvé dans les crachats les organismes lancéolés de Friedlaender.

Les manifestations non pulmonaires de la pneumonie ont été : la pleurésie séro-fibrineuse suppurée à pneumocoques, la méningite à pneumocoques et à streptocoques; l'endocardite végétante à pneumocoques; la parotidite. RICHARDIÈRE.

I. — Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie, par KELSCH et VAILLARD (*Arch. de physiol.*, 15 *août* 1886).

II. — De la dysphagie dans les épanchements pleurétiques, par Albert RENAUD (*Thèse de Nancy*, 1886).

III. — Pleurésie purulente à marche rapide, présence du pneumocoque dans le pus de l'épanchement, par H. RENDU (*France médic.*, 8 *janvier* 1887).

IV. — Ueber Thoracocentese und ueber Behandlung der Pleuraempyeme mittelst permanenter Aspiration, par IMMERMANN (*Corresp.-Bl. f. schweiz. Aerzte, p.* 569, 15 *octobre* 1886).

I. — Toute pleurésie qui n'est ni septique ni rhumatismale, qui ne relève pas d'une dyscrasie des humeurs ou d'une dégénérescence cancéreuse de la plèvre, est dans l'immense majorité des cas tuberculeuse. Cette assertion repose sur des preuves cliniques, étiologiques et anatomo-pathologiques.

La pleurésie en effet n'a ni le début, ni l'évolution des phlegmasies franches. Elle est fréquemment précédée chez l'individu qui en est atteint ou chez ses ascendants de manifestations tuberculeuses. La guérison n'est ordinairement qu'apparente; elle est suivie à échéance plus ou moins brève de manifestations tuberculeuses évidentes. Elle se montre surtout aux époques de l'année où les maladies a frigore sont éteintes depuis longtemps et elle atteint souvent son maximum pendant les mois les plus chauds. La courbe qui indique sa fréquence oscille d'un bout de l'année à l'autre parallèlement à la courbe qui marque le degré de fré-

quence de la phtisie pulmonaire. Ce parallélisme d'autre part s'affirme dans la répartition géographique des deux affections. Qu'elle soit séreuse, hémorragique ou purulente, la pleurésie est toujours liée à l'évolution de granulations tuberculeuses dans les feuillets pleuraux. L'examen macroscopique complété par l'étude histologique en a du moins seize fois fourni la preuve sur seize cas. Si les inoculations aux animaux des liquides pleuraux restent le plus souvent stériles, il faut en chercher la raison dans les formes différentes de la pleurésie tuberculeuse qui ne sont pas également propices à la mise en liberté des bacilles, et dans la quantité excessivement minime des bacilles eu égard à la masse considérable de liquide qui les tient en suspension.

L'évolution fibreuse de la tuberculose pleurale caractérise la forme séreuse de la pleurésie; la nécrose, au contraire, des productions spécifiques détermine les formes suppurées ou hémorragiques, suivant qu'elle est diffuse ou limitée aux vaisseaux; enfin ces différentes altérations se succédant dans un cas particulier donnent lieu à des modifications corrélatives, dans la nature du liquide épanché. Si ces idées sont justes, la ponction doit être le traitement le plus efficace dans les pleurésies séreuses · en favorisant la réunion de deux membranes à la surface desquelles s'accomplit une végétation embryonnaire active, la soustraction du liquide réalise les meilleures conditions de la guérison de l'épanchement, si ce n'est de la maladie qui lui a donné naissance. Mais dans les épanchements purulents, c'est-à-dire dans ces vastes abcès tuberculeux de la plèvre dont la surface se détruit incessamment, le grattage de la plèvre est l'indication la plus rationnelle à remplir et la chirurgie actuelle avec ses méthodes hardies et sûres ne doit pas reculer devant cette nécessité. A. GILBERT.

II. — La pleurésie avec épanchement peut parfois s'accompagner de dysphagie sans qu'aucune cause autre que l'abondance de l'épanchement pleural puisse en fournir l'explication.

Cette dysphagie reste tributaire, pendant toute la durée de l'affection, des variations qui surviennent dans la quantité du liquide épanché.

Cliniquement, par sa marche, expérimentalement, d'après les résultats fournis par les moulages de l'auteur, la dysphagie est due à l'action mécanique de l'épanchement sur l'œsophage qui est refoulé vers le côté sain et dont les parois tendent à s'appliquer latéralement l'une contre l'autre. On peut admettre que la compression de l'œsophage se complique parfois d'un spasme qui rend la dysphagie plus prononcée, ou lui donne un cachet clinique particulier.

La thoracentèse est le seul mode de traitement efficace de cette variété de dysphagie. P. PARISOT.

III. — Il s'agit d'un homme de 47 ans, vigoureux, sans tare héréditaire, sans antécédent morbide, qui subit manifestement l'influence du froid humide, et qui le soir même est pris de point de côté et de frisson. Onze jours après il entre à l'hôpital avec tous les signes d'une de ces pneumonies congestives qui, sans aboutir à une hépatisation absolue, donnent lieu à ces états subinflammatoires décrits sous le nom de splénopneumonie. Au bout d'une semaine il est opéré de l'empyème et dans le pus recueilli avant l'opération par une ponction exploratrice, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires, on trouve, fourmillant au milieu des leucocytes du pus, des pneumocoques encapsulés.

La marche de l'affection et les résultats de l'examen bactériologique, semblent bien prouver qu'ici, comme dans la plupart des cas, la séreuse pleurale s'est montrée solidaire du parenchyme pulmonaire sous-jacent, et que si la suppuration s'est produite presque d'emblée, c'est parce que la plèvre a subi l'imprégnation de l'agent pneumonique pathogène et que cet agent était virulent. E. DESCHAMPS.

IV. — Dans les pleurésies séreuses, les quatre indications de la ponction sont fournies par la durée de la maladie, le volume de l'épanchement, l'état de la température du corps et les caractères de l'exsudat.

1° Dès que la maladie dure un mois, alors même que l'épanchement est peu considérable, il y a lieu de ponctionner la plèvre, pour favoriser un déploiement momentané des poumons, qui préviendra la formation d'adhérences solides ;

2° En cas d'épanchement considérable, la thoracentèse est d'indication vitale, à cause de la dyspnée ;

3° Elle est est également indiquée quand le cœur est déplacé notablement, afin d'éviter les conséquences de l'inflexion des gros vaisseaux ;

4° Il y a enfin lieu d'y recourir lorsque la fièvre disparue, la résorption du liquide tarde à se faire. Quand la fièvre reparaît après un stade d'apyrexie, cela tient soit à un réveil de l'inflammation, soit au travail de résorption, ce qu'on reconnaîtra facilement en délimitant l'épanchement. Quand la fièvre se prolonge plus d'un mois, c'est un indice probable du caractère purulent de l'exsudat et on est alors autorisé à pratiquer une ponction exploratrice à l'aide de la seringue de Pravaz.

Dans les pleurésies purulentes qui ne se résorbent pas spontanément, Immermann pense que pour beaucoup de cas, au lieu de faire la thoracotomie ou la résection des côtes, on peut s'adresser à une opération beaucoup plus simple qu'il a vu pratiquer dans le service de Curschmann. Elle consiste dans l'introduction d'un drain hermétique qui aspire et évacue le pus au fur et à mesure de sa production. L'avantage de cette méthode, c'est qu'elle permet l'expansion continue du poumon. Après une injection sous-cutanée de cocaïne, on enfonce au bas de la ligne axillaire postérieure un gros trocart muni d'un robinet ; en en retirant la canule, on le remplace par un drain fenêtré mis en communication avec un flacon contenant un liquide désinfectant. J. B.

A case of diaphragmatic empyema, par C. CULLINGWORTH (*Brit. med. journ.*, *p.* 17, *juillet* 1886).

Fermier de 61 ans, ayant subi plusieurs mois auparavant un traumatisme assez considérable : depuis lors, de temps en temps il éprouve des douleurs au côté droit. Vers le milieu de septembre 1880, il est pris un jour brusquement d'une douleur abdominale atroce, avec angoisse, sueurs profuses, collapsus, menaces de mort imminente. Cette crise s'atténue, et un état de fièvre hectique lui succède, sans symptômes précis : peu de dyspnée, point de toux ni d'expectoration, langue sale, constipation. Le côté doit de la poitrine est mat antérieurement depuis le 4e espace intercostal, et en arrière, depuis l'angle de l'omoplate. Le murmure vésiculaire est nul en ce point ; au-dessus on entend du souffle bronchique. On diagnostique une pleurésie, peut-être purulente. Deux

jours avant sa mort, le malade rejette en effet dans une quinte de toux, quelques crachats purulents fétides.

L'autopsie montre des adhérences pulmonaires fibreuses s'étendant sur toute la région externe du poumon, et circonscrivant dans la gouttière vertébrale, une loge kystique remplie de sérosité gélatineuse.

Au-dessous du poumon, sur sa face diaphragmatique, est une autre loge distincte et séparée de la première, qui est remplie de pus ; en ce point se trouve une ulcération de la plèvre diaphragmatique, qui fait communiquer cette cavité adventice avec une grosse bronche. H. R.

Ueber plötzliche Todesfälle bei Lipomatosis universalis (De la mort soudaine chez les gens obèses), par Heinrich KISCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n.* 8, *p.* 118, 22 *février* 1886).

Maschka a réuni 19 cas de mort brusque chez des obèses (15 hommes et 4 femmes) ; 11 avaient dépassé cinquante ans (maximum 65 ans) ; 7 n'étaient pas parvenus à cet âge (maximum 39 ans) ; 12 fois la cause du décès était un œdème pulmonaire aigu consécutif à la paralysie du myocarde gras ; 6 fois il y avait en même temps une sclérose considérable de l'aorte ; 6 fois la mort était due à une hémorragie cérébrale, conséquence de l'artériosclérose ; enfin, 1 seule fois, à la rupture du cœur.

De son côté, Kisch, sur les 18 autopsies de mort soudaine dans l'obésité, qu'il a pratiquées, a compté trois fois sur quatre de l'artériosclérose et n'a jamais vu la rupture du cœur que Quain dit avoir rencontrée 28 fois sur 83 cas. J. B.

GYNÉCOLOGIE.

Ueber Perimetritis, par J. VEIT (*Sammlung klinische Vorträge*, *n°* 274, 1886).

La pelvipéritonite (périmétrite des Allemands) est habituellement, suivant l'auteur. d'origine infectieuse : il existe certainement des péritonites de bonne nature. dont le point de départ peut être une pression prolongée pendant l'accouchement, la rupture d'un kyste ovarien, ou l'épanchement d'une certaine quantité de sang dans le péritoine : mais la plupart des cas de pelvipéritonite sont dus soit à l'infection septique, soit à l'infection gonorrhéique. Il est très important, au point de vue du pronostic comme au point de vue du traitement, d'établir le diagnostic de ces deux formes de périmétrite. La marche clinique des deux affections est bien différente. La périmétrite septique débute par des phénomènes d'une acuité extrême. Lorsque la guérison a lieu, les phénomènes généraux et locaux s'atténuent insensiblement : la menstruation est souvent longue à revenir; mais lorsqu'elle paraît, elle amène généralement une amélioration notable : il peut y avoir de nouvelles poussées inflammatoires, mais en général elles deviennent de plus en plus rares et bénignes, au fur et à mesure qu'on s'éloigne du début : et les

traitements appropriés et en particulier les eaux minérales, ont une action très efficace. Lorsqu'il y a formation du pus, l'amélioration ne se produit qu'après l'évacuation. L'inflammation gonorrhéique au contraire passe complètement inaperçue à son début : bien souvent la stérilité en est le seul signe, qui persiste pendant des années ; puis sous l'influence d'une cause très minime, parfois d'un examen médical, surviennent des phénomènes inflammatoires aigus; et les récidives se suivent presque sans interruption. La variété et la disproportion des causes qui provoquent les crises aiguës est, suivant l'auteur, un des meilleurs signes différentiels. Le traitement par les eaux minérales produit du soulagement ; mais l'effet cesse aussitôt le traitement fini. Enfin, de récidive en récidive, les malades peuvent en arriver à une véritable cachexie (cachexie gonorrhéique de Gusserow). Les opérations chez ces malades sont particulièrement dangereuses en raison de leur défaut de résistance; l'atrophie brune du cœur est fréquente, et peut causer la mort en l'absence de tout phénomène septique. L'auteur a ainsi perdu deux de ses malades opérées de pyosalpyngite. Les recherches bactériologiques ne sont jusqu'ici d'aucun secours pour le diagnostic.

On devra surtout tenir compte de ce que la forme gonorrhéique est habituellement suivie de stérilité, de la présence de vaginite chronique avec vergetures rouges caractéristiques, de la nature purulente de mucus cervical, de l'existence des tuméfactions des trompes, qui ne manquent jamais lorsque l'infection gonorrhéique atteint un certain degré. L'oblitération des trompes se produit bien aussi dans les autres formes de périmétrite ; mais elle ne produit jamais des dilatations aussi volumineuses. D'une manière générale, l'auteur considère comme suspects tous les cas dans lesquels on trouve des infiltrations ou des cordons tendus dans l'espace de Douglas, ou des rétropositions, sans qu'il y ait dans les anamnestiques des phénomènes de périmétrite aiguë.

Le pronostic de la forme gonorrhéique est mauvais : toutefois les observations personnelles de l'auteur ne lui permettent pas de confirmer l'assertion de Winckel au sujet d'un rapport étiologique entre le cancer et la gonorrhée.

Au point de vue thérapeutique, il ne peut être question d'opération que dans la forme gonorrhéique. Les résorbants, le massage, les douches chaudes suffisent dans les autres formes.

Les indications d'opérations dans la périmétrite gonorrhéique sont :

1° La rétroflexion irréductible. L'auteur a opéré 3 fois : une seule fois l'amélioration a été définitive : un de ces 3 cas est tout récent : d'après ce résultat peu encourageant, l'auteur considère cette indication comme rarement suffisante.

2° L'apparition de récidive à chaque menstruation : Des 3 opérations que l'auteur a faites sur cette indication, une seule a donné un résultat favorable dans l'un des deux autres cas, notamment l'ablation des ovaires, n'a pas empêché les récidives. Hegar a obtenu 8 guérisons définitives sur 14.

3° L'existence de pyo ou d'hydro-salpynx : pour l'auteur il n'y a aucune distinction à faire au point de vue du traitement entre les différents liquides contenus dans la trompe oblitérée. L'existence d'une dilatation anormale de la trompe n'est une indication que lorsqu'elle s'accompagne

de troubles sérieux. Sur 10 opérations pratiquées par l'auteur, deux ont échoué par suite d'atrophie brune du cœur : les huit autres ont donné une amélioration définitive.

Dans tous les cas l'opération consiste dans l'ablation des ovaires, à laquelle on fera bien de joindre l'ablation des trompes. L'hydro-salpynx est-il unilatéral, on pourra se contenter de l'enlever et laisser les ovaires et l'autre trompe. H. DE BRINON.

A case of serous perimetritis, par Amand ROUTH (*Transactions of obst. Soc. of London, XXVIII, p.* 131).

Femme de 27 ans : le point de départ paraît avoir été un refroidissement au moment des règles. On constate l'existence d'une tumeur qui occupe tout le bassin en arrière du ligament large gauche, et qui présente deux points fluctuants dans le vagin : une ponction aspiratrice faite avec les précautions antiseptiques en ces deux points amène 5 onces de sérum parfaitement clair. Traitement par le repos, les injections vaginales de solution iodée et les fomentations chaudes : guérison en dix jours.

L'auteur pense qu'il y aurait lieu d'employer l'aspiration dans tous les cas de périmétrite avec fluctuation : bien souvent, au lieu de pus, on ne trouverait que de la sérosité et l'on serait en mesure de porter un pronostic plus favorable. (*R. S. M.*, XXVII, p. 555.) H. DE BRINON.

The ovarian complication of endometritis, par Mary Putnam JACOBI (*The american journal of obstetrics, p.* 352, *avril* 1886).

Comme complication de l'endométrite, l'ovarite se présente sous deux formes différentes :

L'inflammation parenchymateuse qui est le résultat d'un défaut d'involution : elle débute par la couche corticale; l'inflammation interstitielle qui est le résultat d'un engorgement mécanique du plexus ovarien et qui débute par la portion médullaire de l'ovaire. Ces deux formes se trouvaient nettement caractérisées dans une série d'ovaires provenant de l'opération de Battey que l'auteur a examinés au microscope. De ces observations, il résulte que la première forme de l'inflammation parenchymateuse est souvent peu manifeste à l'œil nu.

Au microscope, elle est caractérisée :

1° Par une infiltration spéciale (dégénérescence hyaline) des parois des vaisseaux sanguins; cette infiltration ne porte pas sur les capillaires, mais sur les vaisseaux de calibre moyen;

2° Par l'atrophie des follicules jaunes : les follicules de Graaf disparaissent et sont remplacés par du tissu connectif dense;

3° Par la présence en grande quantité de corps auxquels l'auteur donne le nom de corps réticulés, ces corps réticulés sont des follicules entrés en voie de régression sans avoir éclaté.

La forme interstitielle se manifeste à l'œil nu par un gonflement de l'ovaire et une coloration brun rougeâtre qui s'étend de la périphérie au centre et persiste même après une longue immersion dans l'alcool. Au microscope, on trouve une dilatation énorme des vaisseaux sanguins; mais la paroi de ces vaisseaux n'est pas altérée; ces vaisseaux engorgés sont souvent entourés d'amas cellulaires qui infiltrent le stroma. On trouve quelques corps réticulés, mais en moins grand nombre que dans la forme

parenchymateuse. La grande quantité de kystes à contenu sanguin que l'on trouve dans cette forme semble se rapporter à la rupture simultanée et anormale de follicules non encore arrivés à maturité. L'infiltration cellulaire a pour point de départ en premier lieu, la migration de leucocytes à travers les parois des vaisseaux distendus au dernier degré; en second lieu la vitalité persistante des cellules de la membrane granuleuse des follicules : ces cellules non seulement persistent à un moment où, à l'état normal, on les trouve dégénérées; mais encore elles semblent acquérir une force de développement qui ne peut se comparer qu'à la vitalité des éléments néoplasiques de nature maligne.

Les symptômes de l'ovarite se confondent en grande partie avec ceux de l'endométrite; les nausées, la tympanite, le mal de reins, la dépression ou perversion mentale sont communs aux deux affections. L'ovarite se distingue par une sensibilité spéciale de la région latérale de l'hypogastre à la pression, par l'extension de la douleur le long des cuisses, par l'exacerbation des phénomènes douloureux pendant la semaine qui précède les règles, avec accalmie générale pendant l'écoulement menstruel.

L'ovarite corticale ne se manifeste parfois que par des ménorragies accompagnées des symptômes nerveux de l'irritation ovarienne. L'ovarite interstitielle est toujours précédée d'une métrite. H. DE BRINON.

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine, par APOSTOLI (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *septembre-octobre-novembre* 1886).

En présence d'une métrite à forme anatomique peu caractérisée, il faut d'abord tenter la faradisation. Si elle est bien tolérée et si dès la 3e ou 4e séance, on a une amélioration, on en continuera l'emploi qui est encore excellent dans le cas de subinvolution utérine récente, dans les cas de métrite chronique ou récente. Dans les cas où la lésion récidive à la suite de l'emploi de la faradisation, en cas d'insuccès de ce traitement, et d'une façon générale dans la métrite chronique à la dernière période et dans l'endométrite, c'est à la galvano-caustique chimique, intra-utérine qu'il faut recourir.

L'auteur s'étend très longuement sur les détails de sa pratique, sur les procédés qu'il conseille et qui lui permettent d'employer les très hautes intensités électriques, allant jusqu'à 200 milliampères. Ces hautes tensions sont supportables et on peut obtenir l'escarre seulement à l'un des pôles, celui qui est dans l'utérus. Suivant le cas, on peut obtenir une escarre intra-utérine positive ou négative. Ce procédé présente sur les autres moyens de pouvoir être localisable, et mathématiquement dosable, employé à doses réfractées.

Ce traitement est bien supérieur au traitement chirurgical : râclage, écouvillonnage, aux injections liquides, aux cautérisations solides ou ignées, et liquides. Il ne condamne pas la femme à un repos forcé et ne réclame aucun autre traitement additionnel. Il permettrait la guérison des formes de métrite rebelles entre toutes et même réputées incurables. PORAK.

Cardiac neuroses in connection with ovarian and uterine diseases, par H.-J. BOLDT (*American journal of obstetrics, août* 1886).

Les névroses cardiaques qui peuvent se développer sous l'influence d'une lésion de l'utérus ou des ovaires, vont depuis la simple palpitation jusqu'à l'angine de poitrine. D'après les notes de l'auteur, leur fréquence serait d'environ 8 0/0 des affections utérines ou ovariennes. Lorsque le point de départ est dans les ovaires, c'est le plus souvent le gauche qui est affecté. Les symptômes ne diffèrent pas de ceux qu'on observe dans les autres névroses cardiaques d'origine réflexe. L'auteur présente une dizaine d'observations, dans lesquels la relation a paru bien établie, et a été confirmée par le traitement. H. DE BRINON.

I. — Ueber Inversio Uteri, par KEHRER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 711, 11 *octobre* 1886).

II. — Inversio totalis Uteri puerperalis, par Gustav SCHMABFUS (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 46, 1886).

III. — The division of cervix backward, in some forms of anteflexion of the uterus vith dysmenorrhea and sterility, par H.-P.-C. WILSON (*American journal of obstetrics, octobre* 1886).

IV. — Ueber die Erfolge der mechanischen Behandlung der haüfigsten Form von Retroflexion des Uterus (Résultats du traitement mécanique de la rétroflexion utérine), par E. FRAENKEL (*Cent. f. Gynækologie*, *n°* 42, 1886).

V. — Ueber ventrale Operationen bei Lageanomalien (Laparotomie contre la rétroflexion de l'utérus), par OLSHAUSEN (*Cent. f. Gynækologie*, *n°* 43, 1886).

VI. — Opération d'Alexander pour rétroversion douloureuse. Utilité du port momentané d'un pessaire à tige, par POZZI (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XIII*, *p.* 93, 1887).

VII. — Rétroflexion de l'utérus à angle aigu, douleurs continuelles. Opération d'Alexander. Guérison, par BOUILLY (*Ibidem*, *p.* 135-139).

I. — Parmi les inversions utérines provoquées par des myomes, Kehrer distingue celles où le renversement ne porte que sur la muqueuse du fond et sur les couches musculaires les plus superficielles, de celles dans lesquelles il y a production d'un entonnoir péritonéal. Contre les premiers, l'énucléation de la tumeur est suffisante, tandis que pour les autres il peut être bon d'enlever la totalité de l'organe.

Dans la discussion, Schrœder émet l'opinion qu'il y a toujours lieu de tenter l'énucléation du myome en attirant l'utérus qu'on doit s'efforcer de conserver.

Dans un cas d'amputation pour inversion, Fritsch a suturé préalablement l'utérus renversé au col. F. B.

II. — Relation de deux cas remarquables traités à l'hôpital de Hambourg, dans le service de Schede. Dans le premier cas, il s'agissait d'une inversion totale consécutive à un accouchement : le sujet était une primipare de 19 ans, et l'accident datait de dix jours. Les tentatives de réduction avant et pendant le sommeil anesthésique étant restées complètement infructueuses, et ne pouvant se prolonger sans danger par suite de l'état friable de certains points des parois utérines en voie de gangrène, l'auteur se résolut à prati-

quer la laparotomie. La réduction, une fois l'abdomen ouvert, fut très facile et les suites complètement apyrétiques. Dans le second cas, la malade, âgée de 40 ans, avait été victime pendant l'ivresse de manœuvres criminelles. On constate la présence en avant de la vulve d'une tumeur recouverte de sang et de boue. Cette tumeur n'est autre que la matrice qui n'est plus suspendue que par la paroi antérieure du vagin et une partie du ligament gauche : la paroi recto-vaginale est entièrement déchirée. Sur les côtés de l'utérus, on reconnaît des portions des ligaments ronds, les trompes et les ligaments larges; sur le fond, de vieilles fausses membranes. On ne retrouve pas les ovaires. La vessie et l'urètre sont intacts. Il n'y a pas trace de péritonite et l'hémorragie s'est arrêtée. On enlève sans ligature l'utérus et les débris des parois vaginales plus ou moins altérés. Il reste ainsi un vaste cloaque que l'on remplit de gaze iodoformée : apyrexie complète et guérison. Dans deux opérations consécutives, Schede rétablit la paroi recto-vaginale et le périnée. Le sphincter fonctionne parfaitement et le périnée mesure 4 centimètres. H. DE BRINON.

III. — L'opération est indiquée suivant Wilson dans les cas d'antéflexion :

1° Avec élongation du col; 2° avec hyperplasie et induration du col; 3° avec existence d'un cercle dur au niveau de l'orifice interne.

Dans presque tous ces cas, la stérilité existe. L'incision, pratiquée sur la face postérieure de la cavité cervicale, et prolongée jusqu'à l'orifice interne, est le traitement le plus efficace et le plus inoffensif, à condition de s'entourer des précautions antiseptiques. L'auteur n'a jamais rien obtenu de l'usage des pessaires. Le traitement consécutif à l'incision dure un mois et consiste en application d'iode à la surface interne de l'utérus et introduction dans le vagin d'un tampon imbibé de glycérine. Ce pansement est renouvelé deux ou trois fois par semaine. L'auteur a employé ce traitement plus de 400 fois sans un seul accident.

T.-A. Emmet a inauguré ce traitement 15 à 20 ans avant l'auteur; mais l'expérience a modifié son opinion. Pour lui, la stérilité et la dysménorrhée ne doivent pas être confondues : la dysménorrhée d'ordre mécanique n'existe pas. L'antéflexion est ou le résultat d'un arrêt de développement du col, c'est-à-dire congénitale, et alors elle s'accompagne de dysménorrhée et de stérilité; les femmes souffrent avant la menstruation; mais l'apparition du flot menstruel fait cesser les douleurs : ici l'opération peut être utile pour la stérilité, mais non pour la dysménorrhée; ou bien l'antéflexion est acquise : elle est le résultat d'une inflammation pelvienne. Dans ce cas, les femmes ne souffrent qu'à partir du moment où la menstruation paraît; il n'y a aucun intérêt à opérer; il faut chercher à modifier l'état des tissus qui entourent l'utérus.

R. Chadwick ne reconnaît qu'une seule espèce d'antéflexion; l'antéflexion est toujours pour lui congénitale; elle est le résultat de la persistance de la forme infantile de l'utérus. La dilatation de l'orifice externe est le seul but à atteindre, et il l'a vue dans quelques cas suivie de grossesse. H. DE BRINON.

IV. — Peu à peu, E. Fraenkel est arrivé à se convaincre de la réelle supériorité du pessaire de Thomas préconisé par Olshausen (*R. S. M.*, XXII, 224) et de l'inanité du reproche que lui adresse Fritsch de ne pas assurer la guérison définitive de la rétroflexion. Fraenkel a eu l'occasion d'observer 417 cas de rétroflexion utérine; 26 d'entre eux n'avaient pas besoin de traitement; 58 fois la déviation était irréductible et 39 autres ma-

lades se sont soustraites à l'observation; sur les 294 cas restants, Fraenkel a obtenu, en 4 ans, 24 fois une guérison durable (c'est-à-dire que l'utérus redressé n'exigeait plus l'usage d'un pessaire) par le pessaire de Thomas.

E. Fraenkel saisit l'occasion de s'élever contre l'opération d'Alexander et d'Adams, qui n'est justifiée, selon lui, que lorsqu'en même temps que la rétroflexion, il y a un prolapsus considérable de l'utérus.

Dans la discussion, Küstner proteste aussi contre le raccourcissement des ligaments ronds. Le pessaire de Thomas lui a donné de meilleurs résultats que celui de Schultze; quant au pessaire de Hodge, il lui a semblé à peu près aussi inefficace que celui de Mayer.

Pour Hofmeier, le profit essentiel du traitement des rétroflexions réside non point tant dans le redressement très difficile de l'utérus que dans la suppression des phénomènes d'incarcération.

Czerny a guéri 2 rétroflexions par l'opération de Kœberlé et d'Olshausen : suture des ligaments larges à la paroi abdominale après double ovariotomie.

J. Veit a essayé dans le cours de salpingectomies, l'opération de Kœberlé; il a vu les troubles morbides, mais non la déviation utérine s'améliorer. Quant au pessaire de Hodge, il en est chaud partisan, car il lui a donné un plus grand nombre de guérisons que n'en a obtenu Fraenkel avec le pessaire de Thomas. H. DE BRINON.

V.— A l'exemple de Kœberlé (*R. S. M.*, X, 561), Olshausen s'est décidé, dans les cas de rétroflexion incurable et donnant lieu à des phénomènes graves, à pratiquer la laparotomie afin de redresser l'utérus et de le fixer à la paroi antérieure de l'abdomen en y suturant les annexes utérines aussi près que possible de l'utérus lui-même.

Dans la discussion, Frank déclare qu'après la ménopause, il préfère enlever l'utérus.

Kaltenbach croit qu'en cas semblable, c'est la castration opérée simultanément qui est importante pour la guérison de la déviation de l'utérus; il compte peu sur la simple suture des ligaments larges.

J. B.

VI. — Rétroversion très douloureuse impossible à maintenir par les moyens ordinaires. Opération d'Alexander suivie, comme le recommande avec insistance ce chirurgien, du port d'un pessaire à tige pendant quelques jours. Guérison complète en 4 mois. Marche facile.

VII. — Rétroflexion à angle aigu du corps sur le col facile à redresser. Soulagement immédiat et durable tant que l'utérus est maintenu redressé par un tampon de ouate. L'ovaire gauche prolabé dans le cul-de-sac de Douglas contribue à rendre impossible le port d'un pessaire. Opération le 18 mai 1886. Le ligament rond ne peut être trouvé à droite; celui de gauche, après réduction de l'utérus par la main d'un aide, est attiré dans une longueur de 5 à 6 centimètres fixé par deux points de catgut et pelotonné dans l'angle inférieur de l'orifice inguinal. Pas de pessaire à tige. Guérison après la formation d'un gros abcès lymphangitique. Revue le 15 février 1887; la correction utérine reste très bonne et les douleurs n'ont pas reparu. MAURICE HACHE.

I. — On pelvic hematocele, par Lawson TAIT (*Lancet*, 30 *octobre* 1886).

II. — A study of the causation and treatment of pelvic hematocele, par Henry-T. BYFORD (*Americ. journ. of obst.*, *novembre* 1886).

III. — Ætiology, pathology and classification of salpingitis, par SAENGER (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 12 *février* 1887).

IV. — Is disease of the uterine ap pendages... (Les affections des annexes utérines sont-elles aussi fréquentes qu'on le dit?), par Henry-C. COE (*Americ. journ. of obst.*, *juin* 1886).

V. — *Idem*, **réponse par Lawson TAIT** (*Ibidem*, *septembre* 1886).

VI. — Ueber Tubenerkrankungen (Des affections des trompes), par MARTIN (*Berl. klin. Woch.*, 18 *octobre* 1886).

VII. — Klinisches ueber Exstirpation von Tuben und Tubovarialsäcken, par MEINERT (*Ibidem*, 18 *octobre* 1886).

VIII. — Exstirpation von Tubensäcken, par GUSSEROW (*Ibidem*, 18 *octobre* 1886).

IX. — Three (3) cases of pyosalpinx recently treated by abdominal section, par IMLACH (*Lancet*, 23 *octobre* 1886).

X. — Double hématosalpingite, ablation par la laparotomie des trompes et des ovaires, par TERRILLON (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 861).

XI. — Sur un cas d'hématosalpingite double, avec guérison, par TERRIER (*Ibidem*, *p.* 866).

XII. — Laparotomy for pelvic abcess, par A. REEVES JACKSON et discussion (*Americ. journ. of obstet.*, *juin* 1886).

I. — La question de l'hématocèle pelvienne est allée toujours en s'obscurcissant depuis le travail de Nélaton. Pour l'éclaircir, Lawson Tait propose d'en revenir aux enseignements de Bernutz et Goupil et de distinguer nettement deux classes de faits : les hémorragies intra-péritonéales et les hémorragies extra-péritonéales. Les premières ont peu de tendance à la coagulation; elles ne s'arrêtent pas spontanément et aboutissent à rendre la malade exsangue. Les secondes, qui siègent d'ordinaire dans l'épaisseur du ligament large, sont naturellement limitées par l'extensibilité de ce ligament, elles s'arrêtent après avoir formé une tumeur plus ou moins volumineuse; elles sont donc beaucoup moins graves. Le traitement à employer diffère absolument dans les deux cas.

L'hématocèle extra-péritonéale peut résulter de l'arrêt brusque des règles, c'est le cas le plus fréquent, et cette forme guérit souvent sans que la malade ait songé à consulter un médecin. Ou bien elle succède à la disparition soudaine de l'hémorragie utérine qui succède si fréquemment à l'ovariotomie ; L. Tait pour sa part a vu cinquante ou soixante cas de ce genre, annoncés par une douleur abdominale soudaine, avec sensation de défaillance et accélération du pouls, bientôt suivie de l'apparition d'une tumeur arrondie, bien limitée, qui dans les cas sérieux peut être sentie au-dessus du rebord du bassin. Enfin l'hémorragie dans l'épaisseur du ligament large peut aussi succéder à la rupture de la trompe en cas de grossesse extra-utérine tubaire ; dans ce dernier cas, le développement du fœtus peut continuer dans le ligament large (grossesse sous-péritonéo-pelvienne de Descemeris) ou bien l'hémorragie extra-péritonéale peut se transformer, par rupture ultérieure de la séreuse, en hémorragie intra-péritonéale mortelle. Sauf ces éventua-

lités, qui sont exceptionnelles, l'hématocèle extra-péritonéale ne menace pour ainsi dire jamais la vie, quand elle demeure à l'état de kyste sanguin. Mais il en est tout autrement lorsqu'elle subit la transformation purulente, ce qui ne laisse pas d'être fréquent : la malade tombe alors dans l'hecticité et finit par mourir, à moins qu'on n'intervienne, par l'incision abdominale et qu'on n'évacue le foyer. Lawson Tait a pratiqué cette opération dans trente cas sans un seul insuccès.

L'hématocèle intra-péritonéale est une maladie absolument différente ; elle est presque toujours le résultat de la rupture de l'œuf en cas de grossesse tubaire. Cet accident survient d'ordinaire vers la douzième semaine de la grossesse ; il est annoncé par une douleur abdominale vive, avec tous les signes d'une hémorragie interne : en peu d'heures, la malade devient exsangue et tombe dans un collapsus mortel ; la palpation révèle un peu de matité avec sensation indistincte de plénitude dans le bas-ventre, sans aucune tumeur circonscrite. Dans quelques cas beaucoup plus rares, le même accident survient consécutivement à une faute opératoire commise dans l'ovariotomie (déchirure d'adhérences, ligature au catgut, etc), ou à une rupture vasculaire dans quelque autre partie de l'appareil utéro-ovarien. On a aussi admis des ruptures de la trompe sans grossesse préalable, mais il peut fort bien arriver que le fœtus ait échappé à l'investigation, soit en raison de sa petitesse, soit parce que, la première hémorragie n'ayant pas été mortelle, il ait eut le temps d'être résorbé.

Selon L. Tait, l'hématocèle intra-péritonéale abandonnée à elle-même ne guérit jamais, on doit donc toujours intervenir. Il ne pensait pas ainsi jadis : en 1881, appelé en consultation auprès d'une malade chez laquelle le docteur Hallwright avait diagnostiqué une grossesse tubaire avec rupture de la trompe et hémorragie dans le péritoine, il fut vivement sollicité par ce dernier d'ouvrir l'abdomen et d'extirper la trompe utérine lésée. Il s'y refusa, mais deux jours après l'autopsie vint lui démontrer et la justesse du diagnostic qui avait été posé, et l'utilité, la facilité en même temps de la procédure opératoire à laquelle il n'avait pas voulu consentir. Depuis cette époque, instruit par l'expérience, il a opéré sans hésiter tous les cas qu'il a rencontrés, au nombre de vingt-cinq, et il a eu vingt-quatre succès contre un seul cas de mort.— En fait, c'est une règle générale en chirurgie que, quand un vaisseau rompu donne du sang, il faut le mettre à découvert et le lier ; on ne voit pas, dit Lawson Tait en terminant, pourquoi cette règle, vraie pour les artères des membres, cesserait de l'être pour celles de la cavité abdominale. H BARTH.

II. — Au point de vue étiologique, l'avortement joue le principal rôle (5 ou 6 cas) : dans les quatre autres cas, la cause paraît être une grossesse extra-utérine, un exercice violent au moment des règles, une irritation intestinale.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur reconnaît que, dans la grande majorité des cas, il est dangereux d'intervenir dès le début, et préférable de favoriser la résorption spontanée par le repos au lit et les antiphlogistiques.

Les dangers de l'expectation ont été exagérés par Bandl et Zweifel (*R. S. M.*, XXV, p. 225) : les observations d'Apostoli et Doléris, de

même que Mundé, montrent que le pus se forme rarement avant 6 semaines.

Mais, lorsqu'au bout d'un temps qui peut varier de 6 semaines à 6 mois, la tumeur reste molle et de consistance pâteuse, lorsqu'elle ne diminue pas de volume et que les symptômes généraux (fièvre, émaciation) font des progrès, l'évacuation du contenu devient nécessaire. Mais ce sont là ou des cas exceptionnels ou des cas négligés. L'intervention peut encore être justifiée par la situation sociale de la patiente, qui ne lui permet pas de faire les frais d'une longue convalescence, et surtout de garder le repos nécessaire.

Au point de vue du mode opératoire, l'auteur repousse la méthode d'Apostoli et Doléris (galvanopuncture et évacuation avec la curette). Il préfère ponctionner la tumeur par le vagin et dilater l'orifice jusqu'à ce qu'il puisse admettre deux doigts. Dans les cas d'hématocèle rétro-utérine, où le cul-de-sac de Douglas a été antérieurement oblitéré, l'auteur préfère la voie rectale à la voie abdominale. La division du caillot et son évacuation sera faite avec le doigt : l'auteur rejette absolument la curette : des injections seront faites avec une solution de biiodure 1/3000, ou de bichlorure de mercure 1/2000, ou d'acide phénique à 1 1/2 ou 2 0/0. Il sera nécessaire d'introduire tous les jours le doigt dans la cavité du kyste. Les injections seront renouvelées plus ou moins fréquemment suivant le degré de la solution tolérée. H. DE BRINON.

III. — La classification de Sänger est basée sur l'action des microbes pathogènes. Elle comprend deux groupes :

1er *Groupe.* — Formes de salpingites, produites par microbes spécifiques connus (*a*). Salpingites blennorragiques, produites par le gonococcus de Niesser. Elles ne s'accompagnent jamais de suppuration destructive des annexes utérins, et toujours restent limitées aux surfaces muqueuses et séreuses. Le pus distend la trompe et s'y accumule ou bien se déverse au dehors, d'où pelvi-péritonite purulente blennorragique. Le pus est toujours libre dans la trompe ou la cavité péritonéale; mais ne détruit jamais les organes pelviens. Les abcès que l'on rencontre dans les parois des trompes, dans les ligaments larges, dans les ovaires sont dus à une infection sceptique mais non blennorragique (*b*). Salpingites tuberculeuses (bacille de Koch.) (*c*). Salpingite par actinomycose.

2e *Groupe.* — Formes de salpingites dues à des microbes spécifiques identiques à ceux qui produisent l'infection traumatique : il y en a autant que d'espèces d'infections traumatiques connues en clinique, septicémie, pyémie, diphtérie, phlegmon, érysipèle, auxquelles on doit ajouter l'infection putride; et les microbes pathogènes sont les mêmes pour les deux affections.

Les salpingites du 1er groupe dont l'évolution est chronique n'ont des symptômes généraux que très légers, à peine indiqués ou même absents; tandis que, dans les formes du 2e groupe, le développement rapide, l'évolution maligne, peuvent presque entièrement masquer le trouble local dans l'appareil génital. MAUBRAC.

IV. — Voici les conclusions de cet article : Les lésions de l'ovaire ne sont pas aussi communes qu'on l'a dit :

De ce qu'un ovaire présente une altération partielle, il ne s'ensuit

pas qu'il soit incapable de fonctionner, et qu'il soit nécessaire de l'enlever.

Les expressions de cirrhose, dégénérescence kystique sont des termes impropres, trop souvent employés pour justifier une opération injustifiable. Ainsi l'épaississement de la couche corticale, fréquemment signalée sous le nom de cirrhose est un fait parfaitement normal à l'état sénile, et même à l'état adulte à la suite de nombreuses ovulations. L'expression de dégénérescence kystique est employée d'une façon encore plus abusive : s'il suffisait de la présence à la surface de l'ovaire de quelques vésicules transparentes grosses comme des pois pour faire craindre une lésion à marche progressive, il faudrait enlever presque tous les ovaires. Dans le fait, la présence de ces vésicules, lorsqu'elle coïncide avec un volume à peu près normal de l'organe et avec des corps jaunes normaux, ne doit pas être considérée comme pathologique, et comme nécessitant l'ablation de l'organe. Les affections des trompes sont également loin d'être aussi fréquentes qu'on ne semble l'admettre généralement. Les inflammations d'un degré moyen et en particulier le catarrhe de la trompe sont des raretés pour l'anatomiste et plus encore pour le chirurgien. L'auteur pour son compte n'a pu trouver un seul cas de catarrhe chronique; et il n'a rencontré la forme aiguë que dans des autopsies de péritonite aiguë, où l'inflammation du péritoine s'était produite par l'extension d'une endométrite aiguë purulente.

Dans des cas où le diagnostic de catarrhe aigu de la trompe avait été porté, et qu'il a eu l'occasion d'examiner, il n'a pu trouver aucun caractère distinctif de l'état normal. Il a cherché depuis deux ans à examiner les annexes de l'utérus enlevées par voie d'opération à New-York et un grand nombre de ces pièces ont passé entre ses mains. L'inflammation purulente existait dans un 1/5 des cas; l'hydrosalpynx était beaucoup plus rare; quand à l'hématosalpynx, il doit être excessivement rare; car il n'en a vu qu'un seul specimen incontestable.

Un grand nombre des symptômes attribués à des lésions des annexes de l'utérus sont dus en réalité à des péritonites locales, et par suite ne disparaissent pas par le fait de l'ablation des annexes.

L'auteur est convaincu que l'enthousiasme soulevé en faveur de l'opération de Tait ne durera pas : la proportion des guérisons permanentes étant très faible. H. DE BRINON.

V. — Répondant à l'article précédent, Tait rappelle que Kingston Fowler a enregistré dans un espace de trois ans au Middlesex Hôpital quinze cas de pyosalpynx, et que Grigg sur cinq décès qui ont eu lieu pendant une certaine période au Queen Charlotte Lying-in Hopital, a trouvé quatre cas où la mort était due à une lésion chronique des annexes de l'utérus. Pour Lawson Tait, si l'on ouvrait l'abdomen et qu'on cherchât à se rendre compte des causes dans tous les cas dits septicémiques qu'on observe à la suite de couches, le mot de septicémie disparaîtrait de la langue médicale et beaucoup de vies, actuellement sacrifiées, seraient sauvées. H. DE BRINON.

VI. — L'inflammation des trompes utérines mêmes, cause dernière de leur oblitération est encore relativement peu connue. Pour Martin, elle est tantôt la propagation d'une affection de la muqueuse utérine, tantôt le résultat d'une infection puerpérale blennorragique ou tuberculeuse.

Chez un tiers de ses malades, la salpingite était bilatérale ; chez un sixième, elle ne siégeait qu'à droite et chez une moitié seulement à gauche.

Martin distingue une forme interstitielle et une forme folliculaire de l'inflammation. Les tuniques musculaires et séreuses des trompes ne tardent pas à être envahies, le calibre tubaire se rétrécit davantage et il s'y développe de bonne heure des micro-organismes.

Martin regarde comme possible la guérison ; il a même vu une grossesse consécutive à une salpingite. Mais 64 fois il a dû enlever les trompes malades. J. B.

VII. — Il s'agit de 7 cas d'hydropisie tubaire, de 7 cas de salpingite suppurée et de 1 cas de grossesse tubaire ; une seule malade a succombé (par le tétanos). Meinert regarde l'oblitération et la dilatation des trompes par de la sérosité ou du pus, comme étant le plus souvent une suite de la blennorragie ; cependant 2 fois l'affection était tuberculeuse. L'intensité des symptômes n'est nullement en rapport avec le volume des tumeurs. Dans un tiers des cas seulement, il s'est décidé à faire la laparotomie. J. B.

VIII. — Gusserow a pratiqué 14 fois l'ablation des trompes de Fallope pour une salpingite purulente ; toutes les femmes ont guéri, mais en général l'opération a été assez difficile. Il ne pense pas qu'il y ait beaucoup lieu de redouter la rupture du sac tubaire et l'épanchement du pus qui en est la conséquence. La périmétrite, qui est la cause de la salpingite est beaucoup plus importante à considérer ; le plus souvent, elle est d'origine blennorragique, c'est elle qui occasionne les paroxysmes douloureux, les souffrances continues et la dysménorrhée. C'est aussi l'intensité de ces phénomènes qui fournit l'indication de l'intervention. J. B.

IX. — Trois observations de salpingite suppurée (inflammation chronique de la trompe de Fallope avec suppuration enkystée, probablement d'origine puerpérale). Dans les trois cas, il y avait eu à la suite d'une couche ou d'une fausse couche des douleurs pelviennes incessantes, avec ménorragies, sensibilité excessive au moment des rapports sexuels, affaiblissement et prostration. L'incision abdominale ayant permis de reconnaître la nature exacte du mal, la trompe malade a été enlevée avec l'ovaire correspondant. Guérison rapide sans accidents consécutifs. J. B.

X. — Femme, mère de quatre enfants. Douleurs abdominales et métrorragies depuis 5 mois. Laparotomie. Terrillon présente à la société les pièces qui sont un exemple typique d'hémato-salpingite. On avait pu affirmer avant l'opération que la tumeur n'adhérait pas à l'utérus.

XI. — Femme ayant eu quatre enfants et une fausse couche. Début 8 mois après la dernière grossesse avec le retour de couche (allaitement). Cette malade, vue au bout de 4 mois, présentait les symptômes de l'hémato-salpingite tels qu'ils ont été décrits surtout par Lawson Tait : péritonite pelvienne, hémorragies profuses avec redoublement des douleurs et des pertes au moment des règles, tumeur fixe derrière l'utérus. Le diagnostic qui n'a été fait qu'approximativement était donc possible.

L'opération doit être précoce, avant l'établissement des adhérences ; elle ne peut, le plus souvent, se faire qu'avec la main, sans le secours de la vue.

MAURICE HACHE.

XII. — Jackson rapporte l'observation d'un abcès du bassin dont il a obtenu la guérison par une incision pratiquée au-dessous du pubis, sans ouverture du péritoine.

Christian Fenger rappelle les expériences cadavériques de Bitas, Kœnig et Schlesinger pour établir la marche du pus dans le tissu cellulaire pelvien. Lorsqu'on injecte un liquide vers le fond de l'utérus, il se dirige d'abord en haut vers la crête iliaque, puis vers le ligament de Poupart, et atteint finalement le petit bassin : si on fait l'injection au voisinage de l'orifice interne, le liquide se répand d'abord dans le tissu connectif extra-péritonéal du petit bassin ; puis filant le long du ligament rond il atteint le ligament de Poupart, il remonte en arrière vers la fosse iliaque ; si l'injection se fait vers la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus, le liquide se dirige d'abord dans le cul-de-sac de Douglas, puis vers la fosse iliaque.

La laparotomie dans le traitement des abcès pelviens n'a fait son apparition que depuis cinq ans environ ; elle a été introduite par Lawson Tait, qui l'a pratiquée 35 fois sans insuccès, et Martin ; Christian Fenger ne la considère que comme une ressource ultime ; elle ne doit, en particulier, jamais être pratiquée lorsque la collection peut être atteinte sûrement par une autre voie à l'exclusion toutefois de la voie rectale. L'ouverture de l'abcès dans l'intestin peut parfois être suivie de guérison spontanée ; mais, d'une manière générale, il constitue un danger grave, et crée l'indication de la laparotomie.

Mundé ne s'est jamais trouvé dans l'obligation de faire une vraie laparotomie, avec ouverture péritonéale. Il ne considère pas l'ouverture dans le rectum comme très dangereuse. Il n'a vu qu'un seul cas de mort consécutif à cet accident.

Henry T. Byford est d'avis pour les abcès qui se portent vers le rectum de chercher autant que possible à les ouvrir par cette voie, et sans instruments tranchants : la laparotomie n'est indiquée que lorsque l'abcès ne peut être atteint. Le danger d'infection par les matières fécales peut être évité par le drainage et les lavages antiseptiques. H. DE BRINON.

Ueber die Blutgeschwülste der ausseren Geschlechtsorgane und der Scheide (Des hématomes de la vulve et du vagin), par J. LWOFF (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XIII, Heft* 1, 1886).

L'auteur a observé 5 cas d'hématomes de la vulve survenus pendant l'accouchement et 4 cas en dehors de l'accouchement. De ces observations et des recherches qu'il a faites, il conclut que :

1° L'hématome vulvaire de l'accouchement reconnaît pour causes soit des dilatations variqueuses des veines des organes génitaux externes, soit l'hémophilie héréditaire, soit une altération de structure des parois vasculaires. L'âge, le nombre de grossesses antérieures, la durée de l'accouchement n'ont aucune influence.

Le fait d'Engelman (hématome puerpéral, ayant pour point de départ une hernie inguinale. (*Centralblatt für Gynækologie*, 1885, n° 14) paraît avoir échappé à l'auteur.

2° L'hématome vulvaire qui se produit en dehors de la grossesse reconnaît constamment pour cause un traumatisme déterminant une rupture des veines du clitoris ou des corps caverneux. H. DE BRINON.

Removal of a lar gevaginal tumor, par T. PARKER (*Journal of Amer. med. Ass.*, *p.* 278, 5 *mars* 1887).

Chez une femme de 35 ans, existait une tumeur fibreuse remplissant le vagin, de la forme d'une poire dont la base serait dirigée en haut. On appliqua un écraseur ; mais la chaine cassa et l'opération fut abandonnée. Plusieurs jours après, on en tenta l'extirpation avec succès cette fois.

La tumeur trop volumineuse pour être enlevée par la voie ordinaire fut saisie dans un forceps, puis l'avant-bras introduit dans le rectum, et par ces moyens combinés, elle fut amenée au dehors. La circonférence était de 15 pouces ; son poids d'une livre et demie. MAUBRAC.

I. — Fistule uretéro-vésico-vaginale, guérie par la colpoplastie, par S. POZZI (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XIII*, *p.* 114-117).

II. — Zur Technik der Operation der Blasenscheidenfisteln (Opération de la fistule vésico-vaginale), par RYDYGIER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 710, 11 *octobre* 1886).

I. — Cherchant un procédé qui permette l'occlusion de l'orifice de communication vésico-vaginal sans rétrécir l'uretère comme le ferait le procédé américain, Pozzi a employé le procédé autoplastique de Gerdy : 1° dédoublement, par la dissection de deux petits lambeaux, de la cloison vésico-vaginale au niveau de la fistule ; 2° affrontement et suture portant sur ces lambeaux formés seulement par le feuillet antérieur ou vaginal du dédoublement. Le feuillet postérieur ou vésical est alors simplement repoussé dans la vessie sans être tiraillé. Il est plutôt relâché par le pincement que l'affrontement du feuillet antérieur produit au-devant de lui.

Trélat dans des circonstances analogues est arrivé deux fois au même résultat avec la méthode américaine en faisant simplement l'avivement, non en bordure de la fistule, mais à 1 centimètre au delà de ses limites. MAURICE HACHE.

II. — Sur 21 opérations de fistules vésico-vaginales, 2 fois seulement Rydygier n'a pu se contenter de la suture de Simon. Dans le premier cas il a fendu le col utérin aussi haut que possible, pour mobiliser la lèvre antérieure qui devait lui servir à obturer la fistule ; mais, en même temps pour diminuer la tension produite par les points de suture, il disposait des brides fixées d'une part au col et d'autre part sur les cuisses.

Dans le second cas, comme la fistule était très large, il s'est servi pour l'oblitérer d'un lambeau pris sur la paroi vaginale postérieure. J. B.

Emmet's button-hole operation (Boutonnière d'Emmet), par M. PRICE (*American journal of obstetrics*, *août* 1886).

L'auteur attire l'attention sur une nouvelle opération imaginée et pratiquée depuis environ 6 ans par Emmet. Cette opération a pour but de combattre le prolapsus des tissus muqueux et sous-muqueux, l'urétrocéle, les déchirures de l'urètre consécutives au travail, l'inflammation blennorragique et les abcès de la paroi urétrale ; l'auteur lui a donné le nom de boutonnière : elle se pratique dans la position de Sims, ou dans la position de la lithotomie ; elle consiste dans une ouverture pratiquée sur la paroi urétrovaginale du canal, d'une longueur de 3/4 de pouce à

un pouce à égale distance de l'orifice vésical et de l'orifice vulvaire. Elle peut être employée dans un simple but de diagnostic et alors on peut suturer la plaie ou l'abandonner; il n'est pas rare de voir des irritations urétrales améliorées par le drainage que crée cette ouverture. En cas d'urétrocèle, l'ouverture est pratiquée au niveau de la poche sur une sonde d'étain introduite dans la vessie, l'excès de muqueuse est enlevé, et la suture, pratiquée sur la sonde, ne doit comprendre que la muqueuse vaginale. L'auteur fait suivre cet exposé de deux observations d'urétrocèle guéries par ce procédé. H. DE BRINON.

Die Indicationen und Methoden der Perineoplastik, par Otto KÜSTNER (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XIII, Heft* 1).

Après avoir débuté par cet aphorisme que toute déchirure du périnée, quelque petite qu'elle soit, constitue une indication de périnéoplastie, l'auteur passe en revue les différentes méthodes et indique les résultats qu'il en a obtenus. Il a pratiqué 57 fois la restauration partielle et 10 fois la restauration totale.

Au point de vue de la restauration partielle, les méthodes proposées peuvent se diviser en deux catégories :

1° Les méthodes à incision bilatérale symétrique (Simon, Hegar, Winckel) : elles s'appliquent aux déchirures superficielles dont l'extrémité supérieure atteint à peine l'extrémité inférieure de la colonne postérieure, on la divise en son milieu suivant la ligne médiane : ce sont de beaucoup les cas les plus rares.

2° Les méthodes à double sommet (Hewitt, Freund, Martin, Bischoff), qui s'appliquent à la généralité des cas : c'est-à-dire aux cas dans lesquels la colonne postérieure est intacte et la déchirure s'élève plus ou moins haut d'un côté ou des deux côtés de la colonne.

D'une manière générale, c'est la forme de la cicatrice qui doit diriger l'opérateur dans le choix des méthodes. Sur les 57 cas de l'auteur, 14 soit environ 25 0/0 auraient une déchirure pénétrant directement dans la colonne postérieure et par suite indiquaient l'incision bilatérale symétrique.

Pour la restauration totale, deux méthodes seulement sont en présence : l'incision bilatérale symétrique (de Simon) et la méthode à double sommet (de Freund) : c'est à la seconde que l'auteur donne la préférence.

Comme matériel de suture, le fil d'argent et surtout le crin de Florence sont bien préférables à la soie, parce qu'ils ne font pas drainage.

H. DE BRINON.

Note sur la présence de parasites : 1° Dans les tumeurs fibreuses (myomes) utérines ; 2° dans le liquide des kystes ovariens, et sur leur rôle pathogénique probable, par GALIPPE et LANDOUZY (*Soc. biol.*, 18 *février* 1887).

Dans deux corps fibreux utérins soigneusement stérilisés à la surface et coupés avec un couteau aseptique, des fragments du centre ensemencés dans divers liquides de culture ont donné des microcoques sphériques réunis deux à deux en amas volumineux ou en longs chapelets ; enfin des bâtonnets, soit isolés, soit réunis deux par deux ou formant de longs filaments.

Les auteurs rapportent aussi deux observations de kystes de l'ovaire dont le liquide contenait aussi des microbes.

Les fibro-myomes utérins apparaissent donc comme le résultat d'une irritation proliférative provoquée par une épine parasitaire. C'est aussi la présence de parasites qui provoquerait la prolifération épithéliale qui aboutit à la formation de kystes ovariques, suivant un mécanisme analogue à celui que Malassez a décrit pour les kystes radiculo-dentaires.

C. WALTHER.

I. — **Diagnosis and surgical treatment of abdominal tumours, par Spencer WELLS** (*London*, 1885. *Édit. franç., trad. de P. Rodet*, 1886).

II. — **Traité des maladies des ovaires suivi d'une étude sur quelques progrès récents de la chirurgie abdominale et pelvienne, par LAWSON TAIT, traduit par A. OLIVIER** (*Paris*, 1886).

III. — **Parotitis following ovariotomy, par JALLAND** (*The Lancet*, 13 *novembre* 1886).

IV. — **Ovariotomy for dermoïd tumor in a child thirty months old (Ovariotomie pour kyste dermoïde sur une enfant de 30 mois), par J.-F. HOOKS** (*American journal of obstetrics, octobre* 1886).

V. — **Ovariotomy for double ovarian tumor with tubercular peritonitis, par Mary Snody WHETSTONE** (*Ibidem, octobre* 1886).

VI. — **Ovariotomy during acute or chronic peritonitis, par P.-F. MUNDÉ** (*Ibidem, juin* 1886).

VII. — **Ovariotomie bei Peritonitis (Ovariotomie en pleine péritonite, guérison), par H. MÜNSTER** (*Centralblatt für Gynækologie, n.* 38, 1886).

VIII. — **Opération de Battey. Guérison des douleurs et de l'hystérie, par TERRIER** (*Bull. de la Soc. de Chir., t. XII, p.* 874-885, 1886).

IX. — **Ueber die Castration bei Neurosen, par SCHROEDER, HEGAR** (*Berlin. klin. Woch., n.* 42, *p.* 735, 18 *octobre* 1886).

I. — En 27 ans, Spencer Wells a pratiqué 1,139 ovariotomies sur lesquelles 891 (78, 3 pour cent) ont guéri et 248 (21, 7 pour cent) se sont terminées fatalement.

102 fois, il a enlevé les deux ovaires.

13 femmes ont subi une seconde ovariotomie nécessitée par une maladie de l'ovaire subsistant de la première opération; 11 d'entre elles sont en vie.

651 opérées ont survécu plusieurs années, tandis que 117 ont succombé dans les premières années qui ont suivi l'ovariotomie.

Spencer Wells opère maintenant strictement d'après les préceptes listériens et abandonne dans la cavité péritonéale le pédicule de la tumeur après l'avoir lié.

Il ne croit pas à l'efficacité de l'antisepsie contre la septicémie qui a causé la mort de 4 0/0 de ses opérées.

Des autres ovariotomistes, à l'exception de Tait, c'est Schrœder qui a la statistique la plus favorable : sur 500 opérées, il n'en a perdu que 65 (13 pour cent).

J. B.

II. — On pourrait désigner cet ouvrage sous le nom de traité de

chirurgie abdominale. L. Tait s'étend, il est vrai, davantage sur les affections des ovaires, mais il accorde une place importante à la cholécystotomie, à l'hépatotomie, aux abcès pelviens, aux affections des trompes, etc.

La grande autorité de l'auteur, l'originalité de l'ouvrage, basé plus sur des observations personnelles que sur des recherches bibliographiques étendues, des méthodes ou des procédés opératoires nouveaux, couronnés par des succès nombreux et remarquables, recommandent d'une façon toute particulière cet important traité. Voici d'ailleurs les résultats obtenus par Lawson Tait dans quelques-unes de ses audacieuses interventions. Sur 25 opérations de laparotomie pour grossesses extra-utérines, 2 morts; sur 240 ovariotomies, 3 morts; sur 58 enlèvements des annexes de l'utérus, pas de mort; sur 21 cholécystotomies, pas de mort; sur 11 hépatotomies, pas de mort; sur 32 opérations pour abcès pelviens, hématocèles, pyosalpingite, etc., pas de mort. De pareils succès sont de nature à autoriser l'opinion de Lawson Tait, qu'il faut souvent recourir de préférence à l'instrument tranchant qu'à d'autres interventions. On ne s'étonne pas non plus qu'il conseille l'incision de l'abdomen comme moyen de diagnostic, et qu'il recoure, dans les cas où la vie des malades est menacée par une affection abdominale, à l'inspection directe de la lésion.

L'ouvrage comprend 471 pages et de nombreuses figures; il est divisé en dix chapitres.

Le premier chapitre est consacré à l'anatomie et à la physiologie. L'auteur tire des notions qu'il expose, de nombreuses déductions intéressantes, il croit que l'ovulation et la menstruation ne sont pas intimement liées l'une à l'autre.

Dans le second chapitre, l'auteur s'occupe des erreurs du développement et du déplacement des ovaires et des oviductes, de la salpingite, de la grossesse tubaire. Citons à ce propos le pessaire spécial qu'il préconise dans le prolapsus de l'ovaire, l'anomalie qu'il désigne sous le nom d'hypererchésis, les déductions qu'il tire de l'étude de ces lésions pour expliquer la stérilité et les grossesses extra-utérines. Dans ce chapitre, il expose ses opinions sur les opérations qu'il exécute dans le cas de salpingite et de grossesse extra-utérine.

Les affections ovariennes et l'ovariotomie font le sujet des chapitres III, IV, V. Tout en mettant largement à contribution les idées de Malassez et de Sinéty sur la structure des kystes de l'ovaire, Tait s'éloigne notablement de la conception des auteurs sur la nature de ces lésions. Il croit, comme eux, qu'elles sont généralement de nature maligne et qu'on observe fréquemment dans les deux années qui suivent l'opération, la généralisation du cancer dans d'autres organes. A propos de l'ovariotomie, l'auteur n'est pas partisan de l'antisepsie, telle qu'on la comprend généralement aujourd'hui. Pour lui, les raisons du succès résident dans une propreté méticuleuse, dans la dextérité opératoire et dans les conditions favorables du milieu où on opère. La plupart des antiseptiques sont plus nuisibles qu'utiles par leur action caustique et irritante.

Sous le titre du VIe chapitre concernant les progrès récents qui ont été faits en chirurgie abdominale, l'auteur aborde des sujets différents. Tout en reconnaissant à Battey et à Hegar la priorité pour

l'ovariotomie normale, l'auteur réclame pour lui la priorité de l'opération, qui consiste à enlever simultanément les annexes de l'utérus, ovaire et trompe, et qu'on a désigné sous le nom d'opération de Lawson Tait.

PORAK.

III. — Deux jours après avoir été opérée d'un kyste de l'ovaire, la malade accuse une douleur dans le côté droit du cou, bientôt suivie d'une tuméfaction considérable de la parotide ; T. 39°,4 ; douleur et tension inflammatoire très grandes, nécessitant une application de sangsues qui parait hâter la résolution ; quelques jours plus tard, le côté gauche se prend à son tour. La maladie a évolué à la façon des oreillons, sans provoquer d'abcès ; la convalescence n'a pas été sensiblement retardée. H. B.

IV. — L'abdomen mesurait 29 pouces de circonférence au niveau de l'ombilic, et ses dimensions augmentaient encore au-dessus de l'ombilic. Le kyste faisait partie d'une tumeur plus volumineuse dont il occupait la paroi antérieure et inférieure au-dessus du pédicule; le reste de la paroi antérieure de la tumeur était entièrement adhérent à l'épiploon. Le contenu de la tumeur principale, visqueux, demi-solide, a pu être évacué par le trocart. Les adhérences furent détachées avec la main, et alors on put constater que la tumeur avait pour point de départ l'ovaire gauche auquel elle se rattachait par un pédicule court et mince. L'enfant mourut le lendemain de l'opération. La tumeur pesait 9 livres et demie (mesures anglaises); elle était formée de nombreux kystes remplis d'un liquide gélatineux, et par places caséeux. Une partie considérable de la tumeur était de consistance presque solide, remplie d'une matière blanche, épaisse, caséeuse, renfermant des cheveux et des morceaux d'os. H. DE BRINON.

V. — Le péritoine était tuméfié et injecté ; des adhérences fixaient les tumeurs et les organes abdominaux ; la tumeur de la fosse iliaque droite se déchira pendant qu'on cherchait à l'isoler, et son contenu, constitué par un liquide purulent, se répandit dans l'abdomen. La tumeur de la fosse iliaque gauche contenait aussi un liquide purulent; elle put être enlevée sans déchirure, malgré ses adhérences. Les pédicules des deux tumeurs étaient courts et épais ; toutes deux étaient d'origine ovarienne. Les intestins et l'épiploon étaient couverts d'un exsudat plastique, transparent et jaune foncé par places ; cet exsudat ne fut pas enlevé. Drainage. La malade se rétablit, mais succomba bientôt avec des signes de phtisie pulmonaire. A l'autopsie, on constate la présence des tubercules (examen hist.) dans les poumons et à la surface du péritoine. H. DE BRINON.

VI. — Mundé a pratiqué cinq fois l'ovariotomie en pleine péritonite : quatre fois, la péritonite était à l'état chronique; une fois elle était à l'état aigu. Une seule malade a guéri : il s'agissait d'une péritonite chronique. Quelle conduite faut-il suivre dans les cas où le contenu du kyste s'est épanché dans l'abdomen? Faut-il chercher, à l'aide d'éponge ou à l'aide d'irrigation, à enlever soigneusement toute la matière étrangère, ou faut-il l'abandonner et se contenter d'établir le drainage qui permettra l'évacuation lente et graduelle de la matière plus ou moins visqueuse répandue dans la cavité péritonéale? L'expérience personnelle de l'auteur et l'examen des faits publiés le conduisent à considérer ce dernier parti comme le plus sage. En tout cas, il y a lieu de se méfier des solutions mercurielles comme liquide de lavage pour la cavité abdominale; l'eau chaude fraîchement bouillie est préférable aux solutions de chlorure les plus faibles. H. DE BRINON.

VII. — Il s'agit d'une péritonite généralisée, datant de trois jours, consécutive à la torsion du pédicule, et à l'épanchement d'une petite quantité de sang dans le péritoine. Le pus n'était pas encore formé; mais le météorisme

était intense et le péritoine viscéral et pariétal offrait l'aspect trouble et une hyperémie prononcée : la cavité péritonéale contenait un liquide brun sanguinolent, en petite quantité; les parois du kyste étaient friables, mais encore intactes. Les vomissements continuèrent encore un peu après l'opération; la température et le pouls qui étaient à 40° et 144 avant l'opération tombaient le lendemain à 37 et 120 et dès le quatrième jour atteignaient la normale. L'opérée quittait le lit 25 jours après l'opération. C'est donc un nonveau cas à ajouter à ceux de J. Ohage (*Northwestern Lancet*, vol. IV, n° 16) et de Hunter (*Idem*). Le fait de J. Ohage se rapproche beaucoup de celui de l'auteur ; il s'agissait d'une péritonite suppurée ; l'opérateur ne fit que rouvrir l'abdomen quelques jours après une ovariotomie pour rechercher les causes d'une péritonite aiguë et obtint ainsi la guérison. H. DE BRINON.

VIII. — Femme de 33 ans, mariée il y a 5 ans. Péritonite post-puerpérale, il y a 4 ans. Toujours souffrante depuis. Première attaque d'hystérie, il y a 18 mois, ces attaques se répètent depuis à chaque époque des règles.

Examinée à trois reprises par Paul Magnin, elle montre des stigmates hystériques légers mais constants. Elle réclame l'intervention pour ses douleurs, intolérables au moment des règles dans la fosse iliaque gauche.

Ablation des deux ovaires, le 7 février 1886, ovaire gauche adhérent incomplètement enlevé. Le 30 mars, les troubles de sensibilité générale et spéciale ont disparu.

Revue le 27 novembre, elle perd irrégulièrement tous les mois, avec quelques légers troubles mais sans attaque. Les rapports sexuels qui provoquaient des attaques sont bien supportés, mais sans plaisir.

La modification post-opératoire des symptômes objectifs d'hystérie donne un intérêt particulier à cette observation. MAURICE HACHE.

IX. — Schroeder a fait 12 ablations des deux ovaires sains pour des névroses. Sur 3 femmes opérées, depuis un laps variable de 5 à 8 ans, il a pu se convaincre de la guérison durable de la névrose. Il est encore très difficile de spécifier les cas dans lesquels on peut espérer que la castration sera efficace, toutefois ceux qui donnent les meilleurs résultats sont ceux où les influences sexuelles jouent un rôle étiologique.

Dans la discussion, Hegar déclare que pour le moment il persiste encore à ne jamais enlever des ovaires normaux ; il ne renoncera à cette opinion que lorsqu'il lui sera démontré que la menstruation peut être le facteur étiologique essentiel d'une névrose chez une femme ayant des organes génitaux sains. Actuellement, l'indication principale de la castration lui paraît être la dégénérescence des ovaires sous forme de petits kystes dont la cause lui semble résulter dans des excitations sexuelles sans satisfaction normale. J. B.

Ueber ein primäres Sarkom der Tuben (Sarcome primitif des trompes), par Emile SENGER (*Centralblatt für Gynækologie, n.* 37, 1886).

Un cas de tumeur maligne primitive des trompes a été publié par A. Doran (Papillom of the Fallopian tubes. *Path. transactions*, XXXI n° 174), aucun cas de carcinome primitif des trompes ne paraît avoir été observé jusqu'à ce jour : et le sarcome découvert par l'auteur à l'autopsie d'une femme de 55 ans, morte de diabète, constitue là aussi un fait unique. Les deux trompes présentent des dilatations kystiques, dont la face interne est recouverte de petites excroissances polypeuses : au microscope, ces tumeurs ont la structure du sarcome à cellules rondes : une de ces tumeurs plus volumineuses que les autres et placée dans un kyste de la trompe gauche renferme au milieu du tissu sarcomateux des tubes glandulaires à membranes propres tapissées d'épithélium cylindrique.

L'espace de Douglas présente une petite tumeur de nature sarcomateuse qui paraît due à l'implantation sur la séreuse d'un petit fragment des tumeurs de la trompe. L'utérus et les ovaires sont sains : aucune trace de sarcome dans le reste du corps. H. DE BRINON.

OBSTÉTRIQUE.

De la grossesse compliquée de kyste ovarique, par RÉMY (*Thèse agrég., Paris* 1886).

Les kystes de l'ovaire s'accroissent ou restent stationnaires pendant la grossesse. De même qu'en dehors de la grossesse, mais peut-être plus fréquemment, ils peuvent s'enflammer, être le siège d'hémorragies, de perforation ou de torsions du pédicule. Ces accidents peuvent expliquer la mort subite observée quelquefois pendant la grossesse. Au point de vue de leur influence sur la grossesse, il faut tenir compte de leur volume et de leur siège. Volumineux, ils gênent le développement de l'utérus gravide ; même petits, mais siègeant dans le cul-de-sac postérieur, ils peuvent faire obstruction dans le canal pelvien, gêner l'accouchement, même le rendre impossible. Ils sont, pendant le travail, une cause d'inertie utérine. La rupture de l'utérus a été aussi constatée dans ces cas.

Malgré les dangers de toutes les interventions sur le kyste de l'ovaire pendant la grossesse et l'accouchement, l'auteur est d'avis qu'on doit donner la préférence à la ponction du kyste au commencement de la grossesse et à l'accouchement provoqué. Lorsque l'accouchement est rendu difficile par la présence du kyste faisant obstruction, il pense qu'il faut intervenir de préférence sur le kyste (ponction, ovariotomie vaginale). On ne doit recourir qu'exceptionnellement et que consécutivement à l'insuffisance reconnue de toutes actions sur le kyste, au forceps, à la craniotomie, voire même à l'opération césarienne. PORAK.

Observations on the uterine bruit, par CHAMPNEYS (*Obst. Soc. of London, juillet* 1886).

L'auteur rend compte d'une série de 46 observations recueillies à l'hôpital de la Maternité. L'attention a été surtout dirigée sur les points suivants :

1° Siège du maximum d'intensité du bruit de souffle utérin avant l'accouchement;

2° Après l'expulsion du placenta ;

3° Constatation de pulsations artérielles par le vagin, et influence de la compression des artères sur le bruit.

Le bruit était 33 fois à gauche, 1 fois à droite : il a persisté 5 fois après l'expulsion du placenta, mais toujours en diminuant à partir de la délivrance; les pulsations artérielles ont été constatées 5 fois dans le vagin; une seule fois la compression des artères a paru modifier le bruit. La prédominance du bruit à gauche tend à établir que son

siège est au point où les artères atteignent l'utérus, la corne gauche étant antérieure par rapport à la droite. Une observation concerne un placenta prævia, dans lequel le bruit et le placenta étaient à gauche.

L'auteur rappelle les observations de Rotter, dans lesquelles le bruit semblait en relation avec une sensation de frémissement (thrill), perçu par le doigt. Dans un cas de fibrome, l'autopsie parut montrer que le bruit utérin entendu pendant la vie se produisait dans un large sinus, courant à la surface du fibrome.

L'auteur n'a jamais observé de dicrotisme dans le souffle ; il n'a pas pratiqué l'auscultation vaginale. Le timbre était souvent musical.

H. DE BRINON.

Ueber die puerperale Verkleinerung des Uterus (De l'involution puerpérale de l'utérus), par Th.-B. HANSEN (*Zeitschrift für Geburtshülfe*, *Band XIII*, *Heft* 2).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 200 accouchées. Pour reconnaître les modifications de volume de l'utérus pendant la grossesse, l'auteur pratiquait à des époques déterminées de la période puerpérale le cathétérisme de l'utérus en s'entourant des précautions antiseptiques; les sondages étaient faits le dixième et le quinzième jour après l'accouchement, puis une fois par semaine jusqu'à la fin du deuxième mois, et deux fois seulement pendant les troisième et quatrième mois. Les sondes employées étaient les n°s 10 et 16 de Charrière. Sur 1,048 cathétérismes ainsi pratiqués un seul paraît avoir provoqué un léger accident ; exsudat paramétrique qui se résorba facilement ; en cas d'inflammation des organes génitaux la mensuration était toujours abandonnée. Le premier tableau résulte de 636 mensurations prises sur 120 accouchées nourrices ; dans tous les cas, l'accouchement avait été naturel et à terme et les suites parfaitement normales ; il mérite d'être reproduit en raison de son importance pour le reste du travail.

		Moyenne.	Minimum.	Maximum.
10e jour	114 mensurations	10,6 cent.	8,0	13,5
15e jour	119	9,9	8,3	11,5
3 semaines	95	8,8	7,5	10,5
4	80	8,0	7,0	9,3
5	64	7,5	6,5	9,0
6	56	7,1	6,2	9,1
7	40	6,9	6,0	8,5
8	31	6,7	5,6	9,5
10	22	6,5	5,4	7,5
12	15	6,5	6,0	7,5

La série des maxima montre que même dans des conditions parfaitement normales l'utérus peut après huit semaines ne pas avoir repris son volume ; la série des minima montre d'autre part que ce volume normal peut être atteint au bout de trois à quatre semaines. Un certain nombre d'accouchées (21 0/0) présentent une augmentation de volume du dixième au quinzième jour; cette augmentation de volume peut aller de 5 millimètres à 1^c^,7. Elle n'est explicable pour l'auteur que par un état de contraction de la matrice déterminée par l'irritation de la sonde.

L'involution est complètement terminée à la fin du deuxième mois dans la moitié des cas ; à la fin du troisième dans l'autre moitié ; la plus courte durée observée a été de quatre semaines. Si l'on prend comme point de comparaison le dixième jour, il n'y a pas de différence sensible dans la marche de l'involution entre les primipares et les multipares. Lorsque l'accouchement a lieu dans les six semaines qui précèdent le terme normal, l'involution paraît un peu plus lente.

Influence de l'allaitement : 11 femmes; 63 mensurations. La cavité utérine est en général plus grande et l'involution plus lente chez les femmes qui ne nourrissent pas que chez celles qui nourrissent. Les hémorragies, la grossesse gémellaire, les complications puerpérales agissent dans le même sens. Au point de vue médico-légal, l'auteur conclut de ses mensurations que :

1° Toutes les fois que la cavité utérine mesure moins de 8 centimètres, il y a peu de chance qu'un accouchement ait eu lieu dans les trois dernières semaines ;

2° Si, après plusieurs examens répétés à quelques jours de distance, on ne trouve pas une fois la dimension de 9 centimètres, il est peu vraisemblable que l'accouchement ait eu lieu dans les deux dernières semaines ; ces conclusions ne sont exactes que pour des accouchements à terme ou dans les six dernières semaines de la grossesse ;

3° Le procédé du sondage de la cavité utérine ne peut conduire qu'à une réponse négative, lorsqu'il est isolé; pour en obtenir une donnée affirmative, il faut le répéter et constater une diminution positive de la cavité ;

4° D'après les recherches, d'ailleurs peu nombreuses, de l'auteur, la menstruation n'augmente pas les dimensions de la cavité utérine.

Au point de vue des déviations, l'auteur a enregistré au dixième jour l'antéflexion d'une manière générale (95 0/0), et dans la plupart des cas (54 0/0) à angle droit; 1 seul cas d'antéversion; pas un seul cas de déviation en arrière. La proportion des antéflexions diminue progressivement pour tomber à 7,3 0/0 (antéflexions fortes) et à 36,4 0/0 (antéflexions légères) à la sixième semaine. Les rétrodéviations qui ne paraissent qu'au quinzième jour (3,4 0/0) vont par contre en augmentant (9,1 0/0) jusqu'à la quatrième semaine.

Les tableaux établis par l'auteur montrent que chez un même sujet et avec des suites parfaitement normales les rétrodéviations alternent fréquemment avec l'antédéviation et la position normale; dans la plupart des cas elles disparaissent spontanément, d'où l'inutilité d'un traitement spécial pendant la période d'involution (*R. S. M.*, XXIV, p. 245).

H. DE BRINON.

Ueber die Dehnung der Bauchwand während der Schwangerschaft (De la distension des parois abdominales pendant la grossesse), par Marie SCHLEE (*Zeitschrift für Geburtshülfe, Band XII, Heft* 1).

Il résulte des recherches microscopiques de l'auteur que les vergetures de la grossesse consistent essentiellement en une altération de la portion réticulaire du derme. Tandis qu'à l'état normal le tissu de cette couche est ferme, présentant des fentes très étroites entre les faisceaux fibreux, au niveau de la cicatrice, on retrouve ce même tissu très lâche,

avec de larges fentes qui séparent non seulement les faisceaux entre eux; mais les groupes de faisceaux, les fentes, sont toujours parallèles à la surface; il semble que les faisceaux ont été écartés violemment les uns des autres; ce qui prouve que cet aspect n'est pas artificiel, c'est qu'il se reproduit invariablement sur chaque coupe. De plus, on constate au même niveau que les papilles ont disparu, et que la couche profonde de l'épiderme est infiltrée de pigment très abondant et forme une ligne presque continue. Le fait de la dissociation des faisceaux de la portion réticulaire du derme se produit aussi dans l'hydropisie du derme et peut être démontrée par les injections parenchymateuses; si l'on pratique une injection de solution bleue dans une peau hydropique, on voit pénétrer l'injection avec une facilité extrême, tandis que dans les parties normales de la peau on a de la peine, même avec une forte pression, à faire pénétrer le quart de la seringue. H. DE BRINON.

Ueber die Bedeutung des Icterus gravidarum für Mutter und Kind (Influence de l'ictère grave sur la mère et sur l'enfant), par LOMER (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, Band XIII, Heft* 1).

Sur 62 observations d'ictère gravidique, que l'auteur a pu recueillir, 56 fois les enfants ne présentaient pas d'ictère; 6 fois ils étaient ictériques.

Ces 6 dernières observations sont dues à Späth 2, Davidson, Mekerthchiantz chacun 1, Kowatsch 2.

Si l'on excepte un des cas de Späth et celui de Davidson dans lesquels le fœtus était mort et où l'on pouvait admettre des phénomènes d'imbibition par le liquide amniotique, il reste 4 cas dans lesquels le passage de la matière colorante du sang maternel au fœtus est bien établi; mais l'ensemble des faits montre que le passage est l'exception; il semble qu'au point de vue de la facilité de transmission de la mère au fœtus la matière colorante de la bile occupe un rang intermédiaire entre les matières peu solubles et les éléments figurés.

La grossesse prédispose-t-elle à l'ictère grave? D'une part, sur 143 cas d'ictère grave vérifiées à l'autopsie, Thierfelder trouve 30 femmes grosses; d'autre part, Späth ne trouve qu'un cas d'ictère grave sur 16,502 femmes grosses, et 1 cas d'ictère sur 14,061; on ne peut donc pas affirmer la prédisposition, mais il paraît certain que, toutes les fois que l'ictère catarrhal commun se produit chez une femme grosse, il présente une sérieuse gravité par suite de sa tendance à dégénérer en ictère grave, et, d'autre part, si une population se trouve frappée par une épidémie d'ictère (Bardinet, épidémie de Limoges), la maladie présentera dans les cas de grossesse une malignité spéciale qu'on ne retrouvera pas chez les autres malades (*R. S. M.*, XVIII, p. 515).

H. DE BRINON.

The normal puerperal state, par T.-P. WHITE (*American journal of obstetrics, novembre* 1886).

L'auteur est partisan des injections vaginales quotidiennes chez les accouchées; il n'emploie, pour calmer les tranchées, que les cataplasmes laudanisés, ou le liniment chloroformé et belladoné, et rejette l'adminis-

tration d'opium à l'intérieur. Il n'administre l'ergot que dans les cas de *tedious labor* ou de contractions insuffisantes ; il prolonge le séjour au lit, jusqu'à la fin de la troisième semaine, chez les femmes délicates; il n'admet les injections intrautérines que dans certains cas déterminés.

La discussion, à la Société de Cincinnati, a surtout porté sur les injections vaginales, et sur l'emploi de l'ergot.

Tandis que Gustav Zinke, C. V. Wright, E. W. Mitchell, Julia Carpenter, Thad. A. Reamy, rejettent absolument l'emploi des injections vaginales quotidiennes, soit comme inutiles, soit comme dangereuses; les autres, (Gilles S. Mitchell et C. D. Palmer), se louent au contraire de leurs bons effets.

Quant à l'ergot, la plupart des chirurgiens américains l'administrent, d'une manière générale, après tout accouchement. Gustav Zinke reconnait qu'il suit en cela une routine, et Thad. A. Reamy, qui suit aussi la même pratique, exprime ses doutes sur l'utilité qu'elle peut avoir. C. D. Palmer est convaincu des avantages de la méthode : l'administration de l'ergot prévient, suivant lui, les hémorragies et les tranchées.

H. DE BRINON.

Suites de couches chez les femmes syphilitiques, par COMBES (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, 1886).

Sacreste avait admis que les femmes en couches syphilitiques étaient souvent atteintes de fièvre. Ce n'est pas l'opinion de Combes, qui a dépouillé 188 observations de syphilitiques en couches provenant de notre service; 47 fois il y eut de l'hyperthermie *post partum;* 35 fois, la cause de la fièvre a été reconnue. Dans 12 cas seulement la fièvre pourrait être rapportée à la syphilis, mais de ce qu'on n'a pas noté la cause de la fièvre, on ne peut en conclure qu'il faille incriminer la syphilis. D'ailleurs, parmi ces 12 femmes, plusieurs avaient été atteintes de syphilis depuis plus de trois ans, c'est-à-dire n'étaient plus sujettes, d'après A. Fournier, à la fièvre syphilitique. Donc, si les syphilitiques sont prédisposées à la fièvre pendant les couches, elles le sont très peu.

PORAK.

Ueber den Blutdruck vor und nach der Geburt (État de la pression sanguine avant et après la naissance), par COHNSTEIN et ZUNTZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 751, 25 *octobre* 1886).

D'expériences sur les animaux, Cohnstein et Zuntz concluent que la pression artérielle chez le fœtus baisse au moment de la première inspiration, pour se relever au bout de quelques minutes. Le jour suivant, en général, la pression sanguine n'est pas plus considérable qu'après la première inspiration. Les auteurs en infèrent que la diminution de réplétion du cordon ombilical après la naissance ne tient pas à un abaissement de la pression artérielle, mais qu'elle est la conséquence de la contraction des fibres musculaires circulaires, qui sont très développées sur les artères.

J. B.

Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen (Présentations de la face), par Robert ZIEGENSPECK (*Sammlung klinischer Vorträge*, *n°* 284, 1886).

Dans un cas de présentation de la face, avec menton en arrière, où la

rupture de l'utérus était imminente, l'auteur a réussi à transformer la présentation en présentation du sommet, en combinant la manœuvre interne de Baudelocque et la manœuvre externe de Schatz, et a réussi ainsi à sauver la mère et l'enfant. Passant en revue à propos de ce cas la littérature contemporaine en ce qui concerne le traitement des présentations de la face, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

La correction des présentations de la face en mento-postérieure est indiquée dès qu'il ne reste aucun espoir d'une transformation spontanée en mento-antérieure : la correction peut se faire soit à l'aide du procédé de Schatz, soit à l'aide du procédé de Baudelocque, soit en combinant les deux.

Dans les présentations de la face mento-antérieures, l'application du forceps est indiquée aussitôt qu'il y a danger pour la mère.

Toutes les fois que la chose sera possible, on devra transformer les présentations de la face en présentations du sommet (*R. S. M.* XXIX, p. 185). H. DE BRINON.

Zur manuellen Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen (Transformation des présentations de la face en sommet), par W. THORN (*Zeitschrift für Geburtsthülfe, Band XIII, Heft* 1).

L'auteur croit que la transformation des présentations de la face en présentations du sommet est un peu trop négligée de nos jours. Pour son compte, il a eu 15 cas de présentation de la face, et il a réussi 5 fois à l'aide des mains à les transformer en présentation du sommet ; l'opération, telle qu'il l'a modifiée, lui a toujours paru facile, et a été heureuse pour la mère et pour l'enfant. Depuis son départ, 4 autres cas ont été reconnus et traités de la même manière et avec le même succès à la policlinique ; sur les 9 cas l'emploi du forceps n'a été que deux fois nécessaire.

Voici comment l'auteur décrit son procédé. Par une première manœuvre, on fait exécuter au crâne un mouvement de rotation sur son axe transversal : on arrive à produire ce mouvement à l'aide de deux doigts introduits dans le vagin et qui prennent leur point d'appui successivement sur les parties saillantes de la face, sur les sutures et les fontanelles. Pendant ce temps la main extérieure exerce une pression sur la poitrine du fœtus, de manière à la repousser au dehors et un peu en haut ; la seconde partie de la manœuvre consiste à attirer le siège du côté opposé à celui qu'il occupe en le rapprochant, par conséquent, de la face. Pendant ce temps, la main intérieure doit maintenir le sommet fixé au détroit supérieur. Le plus souvent, l'utérus reprend son activité aussitôt que la transformation est terminée. L'anesthésie n'est pas toujours nécessaire. La présence d'un rétrécissement du bassin ne devient une contre-indication que dans les cas où une version céphalique appliquée à une présentation transversale serait elle-même contre-indiquée.

Les présentations frontales franches ne constituent pas une indication. Elles se terminent spontanément, toutes les fois qu'il n'y a pas de dimensions anormales. Il n'en est pas de même des présentations frontales imparfaites : fronto-faciales, fronto-occipitales ; celles-ci, toutes les fois qu'elles n'ont pas de tendances à se transformer spontanément, nécessitent l'intervention (Voy. *R. S. M.*, XXIV, 243). H. DE BRINON.

I. — Présentations et accouchements par le front, par HENRICIUS (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn., juin-juillet* 1886).

II. — Des présentations du front, par BLANC (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn., août-septembre-octobre* 1886).

I et II. — Le mémoire d'Henricius fait des emprunts très nombreux et très étendus à la littérature médicale; il est basé sur la critique et l'étude de 231 observations du front recueillies de part et d'autre. Le mémoire de Blanc, postérieur à celui d'Henricius, fait une critique plus serrée des diverses opinions exposées par son devancier. Henricius montre, d'après les statistiques des auteurs, que cette présentation est rare, car la fréquence varie, suivant les auteurs, de 1 sur 1,000 accouchements à 1 sur plus de 3,000 accouchements. Blanc a essayé d'indiquer la fréquence des positions, il établit une statistique sur un nombre trop peu important de faits dont les résultats sont d'ailleurs contradictoires de ceux de Marchioneschi. Sur 82 observations réunies par cet auteur, 57 fois la présentation du front se transforme en une autre présentation. Sur les 231 observations d'Henricius, la présentation du front se transforma spontanément 24 fois en présentation de la face, 29 fois en présentation du sommet; on put la transformer artificiellement, par une intervention manuelle, 9 fois en présentation de la face, 5 fois en présentation du sommet.

Les deux auteurs se sont inspirés de l'étiologie de la présentation de la face pour en déduire des notions applicables à l'étude des causes des présentations du front. Les énumérations statistiques d'Henricius ne sont guère plus satisfaisantes que les raisonnements de Blanc. Une cause paraît, d'après l'avis de ces deux auteurs, déterminer de préférence la présentation du front, c'est un rétrécissement modéré du diamètre antéro postérieur du détroit supérieur. Dans ces cas, le diamètre bitemporal de la tête fœtale, plus petit que le diamètre bipariétal, tend, par le fait même de l'accommodation, à se mettre en rapport avec le diamètre rétréci du détroit supérieur. On lira dans les deux mémoires des considérations intéressantes sur le rôle de l'obliquité utérine, du rétrécissement spasmodique de l'utérus qui le fait ressembler à un sablier, de l'hydramnios, etc.

Henricius et Blanc ont emprunté à Mangagialli les traits généraux du mécanisme de l'accouchement dans les présentations du front. Ce mécanisme est exposé d'une façon plus claire et plus satisfaisante par Blanc. Des divergences de détail assez importantes existent d'ailleurs dans les descriptions adoptées dans les deux mémoires dont nous donnons l'analyse.

Lorsqu'il ne s'agit pas d'une tête très petite évoluant dans un bassin très grand, il est impossible que le diamètre occipito-mentonnier soit dirigé transversalement dans l'excavation pelvienne. Il ne peut s'y engager qu'obliquement. Cela est d'ailleurs facilité par ce fait que le diamètre fronto-mentonnier est plus petit que le diamètre fronto-occipital. Une figure schématique de Mangagialli fait facilement comprendre ce mécanisme de l'engagement. Le premier temps d'amoindrissement des parties consiste donc dans la déflexion de la tête, nécessaire à la production du deuxième temps ou de descente. Le troisième temps de rotation

ne peut s'accomplir que lorsque l'occiput est engagé dans l'excavation pelvienne, car autrement il viendrait buter contre le promontoire, c'est-à-dire qu'en vertu de l'obliquité du diamètre occipito-mentonnier, le menton est plus profondément engagé que l'occiput. La rotation a ordinairement lieu, de telle sorte que la face se tourne en avant. Pendant cette rotation, la tête tendrait à se fléchir, de telle sorte qu'à mesure que l'occiput s'engage dans le promontoire, le menton s'applique en arrière du pubis et même au-dessus de lui. Pendant le dégagement de la tête, le front, la racine du nez ou les maxillaires constituent un point fixe (*hypomochlion*) au-dessous de la symphyse du pubis, de telle sorte que des diamètres qu'on pourrait désigner sous les noms de naso-bregmatique, naso-occipital, naso-sous-occipital, se dégagent successivement à travers l'orifice vulvaire.

On conçoit que pendant cette évolution à travers le bassin, la tête subisse des pressions qui modifient sa forme d'une façon très importante, et que le diamètre maximum soit, comme pour les présentations de la face, un diamètre mento-sous-occipital. Dans les cas très rares où la rotation de la face, au lieu de se faire en avant, se fait en arrière, la déformation de la tête est très différente de la précédente et caractéristique aussi.

Rien à dire à propos du diagnostic.

Les auteurs sont tous d'accord pour admettre que cette présentation est plus grave pour la mère et pour l'enfant que la présentation de la face ou du siège, moins grave au moins pour l'enfant que la présentation de l'épaule ; il n'y a de divergence dans leur opinion qu'au sujet du degré de cette gravité. On peut admettre qu'il y a 1 enfant de mort sur 3 ou sur 5, et 1 mère de morte sur 10. Très souvent il est nécessaire (1 fois sur 2 ou 3) de recourir à une intervention obstétricale.

Au point de vue du traitement, quelques accoucheurs sont partisans de l'expectation, ne se décidant à recourir aux opérations obstétricales, forceps, version, céphalotripsie, crochet aigu (?), que suivant les circonstances. D'autres accoucheurs sont partisans de la réduction manuelle ou par le levier de la présentation du front en présentation du sommet, et surtout en présentation de la face. C'est à cette opinion que se rallient, avec quelques divergences de détail, Henricius et Blanc dans leurs mémoires. PORAK.

Zwei Faelle von Doppelendlagen (Deux cas de présentation simultanée du crâne et des pieds), par G. BACKMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 23, p. 654, 1er décembre* 1886).

1er *cas*. Primipare âgée de 29 ans. Rupture de la poche des eaux, vingt-quatre heures après le début du travail. Crâne fœtal en avant et à gauche, pieds en arrière et en bas. Extraction avec le forceps d'un enfant à terme, assez développé et mort, sans nul doute à cause de l'entortillement du cordon ombilical autour de son cou et de ses jambes. Pas de déchirure du périnée ; couches presque apyrétiques.

2e *cas*. Femme de 30 ans ayant eu déjà 6 accouchements. Le travail commence environ 4 semaines avant le terme normal de la grossesse. A l'arrivée de Bachmann, la tête et les pieds sont dans l'excavation pelvienne, ceux-ci en avant et en bas, la tête et le dos en arrière et en haut, c'est-à-dire dans la situation inverse du cas précédent. Accouchement spontané et rapide d'un

enfant mort qui avait aussi le cordon ombilical étroitement serré autour du cou et des jambes.

Bachmann conclut de ces deux faits : 1° la cause de la présentation simultanée du sommet et des pieds était l'entortillement du cordon autour du cou et des jambes. Il ne s'agissait pas d'une procidence des pieds dans le sens qu'on donne à celle des bras; les pieds avaient été réellement attirés en bas en même temps que la tête descendait et avaient été maintenus à ses côtés, tout cela par le cordon; 2° la mort des deux enfants était due non à la prolongation de l'accouchement mais à la suppression précoce de la circulation sanguine résultant de la compression du cordon; 3° dans les conditions ordinaires, les présentations simultanées du crâne et des pieds n'offrent pour la mère d'autre inconvénient que de prolonger l'accouchement. Quand on se trouve en face d'une présentation semblable il faut dès que cela est possible, introduire la main dans l'utérus pour aller reconnaître l'état du cordon. J. B.

Ueber die manuelle Entfernung des nachfolgenden Kopfes bei räumlichem Missverhältniss (De l'extraction manuelle de la tête venant dernière, en cas de rétrécissement du bassin), par A. MARTIN (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 40, p. 661, 4 *octobre* 1886).

Quand, après l'issue du tronc et le dégagement des bras, la tête fœtale ne s'engage pas à travers le diamètre antéro-postérieur rétréci du détroit supérieur, A. Martin, au moyen du doigt médius, introduit jusqu'à la base de la langue, amène la tête en travers, en s'arrangeant, autant que possible, de façon à ce que la partie antérieure du crâne, qui est la moins large, soit au-dessus du diamètre rétréci ; le tronc fœtal repose alors sur l'avant-bras de cette main appliquée contre la face. Avec l'autre main, il presse sur la paroi abdominale de façon à pousser la tête à travers le détroit ; en même temps, le doigt placé sur la base de la langue exerce une légère traction sur la base du crâne. Il arrive alors ou bien que la tête descend verticalement à travers le détroit supérieur, ou bien qu'elle subit autour de la paroi pelvienne antérieure un mouvement de rotation tel que le côté du crâne placé en arrière glisse en bas au-devant du promontoire, tandis que le côté placé en avant tourne autour de la symphyse.

Martin a eu recours 38 fois à ce procédé d'expression de la tête dernière, dont 5 fois chez la même femme et 3 fois chez une autre. Sur les 32 femmes, 18 avaient un diamètre sacro-souspubien de 9 à 10 centimètres ; 11 de 10 à 11 et 3 de 11 à 12 ; mais chez ces trois dernières le fœtus offrait un développement exagéré, presque gigantesque.

Quant aux mères, jamais l'opération ne leur a causé d'accidents. Deux présentaient déjà, avant l'expérience, des signes de perforation utérine, et quatre autres avaient déjà de la fièvre antérieurement (*R. S. M.*, VII, 173 ; XXIII, 205 ; XXVII, 226 et 583). J. B.

Statistique des présentations du siège à propos du pronostic et du traitement de ces présentations, par PORAK (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *février* 1887).

Sur 6,071 accouchements observés, en moins de 3 ans, à l'hôpital Saint-Louis, il y eut 126 présentations de siège. Le pronostic, pour les mères,

n'est pas plus grave que dans les autres présentations. La mortalité des enfants a été nulle lorsque l'accouchement n'a pas été artificiel, de 1/3 lorsqu'on a dû intervenir; de 1/9 chez les primipares et de 1/30 chez les multipares. Les autres considérations étiologiques n'ont pas fourni de renseignements importants.

La gravité, pour l'enfant, des présentations du siège engage à transformer la présentation du siège en présentation du sommet, pendant la grossesse ; on s'expose, il est vrai, en opérant de bonne heure, à faire une opération inutile, puisque les présentations ont une tendance à se transformer spontanément en présentation du sommet. La version par manœuvres externes est difficile, souvent même impossible, mais ce n'est pas une raison de ne pas la tenter lorsqu'elle est facile ou praticable. Suivent les observations des cas qui ont présenté des difficultés. Après avoir étudié le manuel opératoire, le maintien et la présentation rectifiée, l'auteur montre ses inconvénients et son inefficacité. Suit, entre autres, une observation dans laquelle, par la version par manœuvres externes, on a transformé la présentation du siège en présentation du front, qui a nécessité la version interne après un accouchement long et laborieux.

A propos du traitement, l'auteur critique les différents modes de traitement conseillés en publiant des observations à l'appui; il arrive à cette conclusion qu'on ne doit intervenir que lorsque des dangers sérieux menacent la vie de la mère et celle de l'enfant. P.

Contribution anatomique et clinique à l'étude du glissement vertébral (spondylolisthesis), par Felix MEOLA ; traduit et annoté par F.-L. NEUGEBAUER fils (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn., juillet-août-septembre* 1886).

Cette singulière lésion de la colonne vertébrale, étudiée par Kiwisch, Seyfert, Rokitansky, Lambl, Scanzoni, Weber, Ebenhoff, Didier, n'a définitivement fixé l'attention que depuis les remarquables travaux de Neugebauer fils et d'Hergott. Hergott a nettement distingué le *spondylizème* (écrasement du corps de la 5e lombaire) de la *spondylolisthesis* (glissement du corps de la 5e lombaire). C'est surtout à Neugebauer que l'on doit cette notion étiologique que la spondylolisthesis était une difformité acquise et non une difformité congénitale due à l'hydrorachis, comme le voulait Lambl. Cette difformité peut se produire brusquement ou lentement. Neugebauer et Meola admettent que cela se produit habituellement par une fracture des lames vertébrales dans la portion qui sépare les apophyses articulaires supérieures des apophyses articulaires inférieures, ou primitivement d'une fracture des apophyses articulaires sacrées, étiologie d'ailleurs rare. Meola pense que la lenteur de l'élongation des lames vertébrales peut dépendre d'un ramollissement du tissu osseux, et par conséquent se faire sans fractures, au moins primitivement. Le degré du glissement du corps de la vertèbre peut être variable et admettre deux variétés : *spondyloklisis, spondyloptosis.* Neugebauer, qui croit à la fréquence du traumatisme et d'une fracture dans la production de la spondylolisthesis, a montré que les anomalies d'ossification des lames étaient très fréquentes, et que l'anomalie de leur ossification pouvait expliquer une fissure favorisant la rupture des apophyses articulaires. Il a vu une centaine de ces cas de *Spondyloschizis intrarticularis*

lateralis congenita. La fracture peut exister d'un seul ou des deux côtés, de telle sorte que l'*olisthesis* est complète, ou qu'il y a seulement *hémiolisthesis.* L'apophyse épineuse reste en place ou est peu déplacée pendant le glissement du corps, de telle sorte que la vertèbre lombaire est *dolichospondyle.* Les lésions secondaires du bassin sont celles de la cyphose. L'auteur étudie avec soin le mécanisme de ces lésions, leur symptomatologie, leur traitement, dans lequel il accorde une place qui paraîtra exagérée à la symphyséotomie. PORAK.

Deux observations de rupture du cordon pendant l'accouchement, due à l'expulsion brusque du fœtus, la femme étant dans la situation horizontale, par BUDIN (*Progrès médical,* 23 *avril* 1887).

Obs. 1. Femme âgée de 29 ans, secondipare, enceinte de huit mois et une semaine ; rupture des membranes à 3 h. 40 ; à 3 h. 45, dilatation complète ; la tête paraît à la vulve et se dégage rapidement ; la femme pousse ; la tête tourne aussitôt, le fœtus se dégage, et le cordon se rompt à dix centimètres de son insertion ombilicale ; le cordon était enroulé autour d'une des cuisses de l'enfant ; la délivrance se fait 20 minutes après. Le cordon mesurait en tout 42 centimètres.

Obs. 2. 27 ans, primipare, enceinte d'un peu plus de huit mois, position O. I. G. A. L'accouchement se fait régulièrement, mais aussitôt après le dégagement de l'épaule postérieure l'enfant est projeté brusquement. Le cordon, qui mesure 38 centimètres, est rompu en biseau à 7 centimètres du fœtus.

Budin insiste au point de vue médico-légal sur l'intérêt que présentent ces deux cas de rupture, quoique les cordons eussent la longueur normale et qu'ils ne fussent pas d'une brièveté particulière, et ce, sous l'influence de la simple contraction utérine. H. L.

Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus, par BUDIN (*Progrès médical,* 2 *et* 16 *avril* 1887).

L'auteur rapporte les observations de deux femmes, l'une secondipare, l'autre primipare, chez lesquelles, en pratiquant le toucher au moment de l'accouchement, il constata l'existence d'un bourrelet formé de tissu utérin, situé à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'orifice du col, et formant une saillie plus ou moins notable dans la cavité cervicale, — bourrelet complètement circulaire dans le second cas, incomplet dans le premier, formant de fait une sorte de diaphragme dont on ne saurait donner une explication embryogénique.

Une 2e note contient 2 observations, recueillies à la Maternité, de femmes chez qui, au moment de l'accouchement, on constata l'existence de diaphragme existant, l'un au niveau de l'orifice interne, l'autre à 2 centimètres au-dessus de l'orifice interne. La première de ces femmes en était à sa septième grossesse, l'autre était primipare. H. L.

Ueber Metrorrhagia gravida interna (De la métrorragie interne pendant la grossesse), par FREUDENBERG (*Archiv für Gynækologie, Band XXVII, Heft* 2).

L'auteur a eu l'occasion d'observer à la clinique de Cologne un cas de métrorragie interne pendant la grossesse : c'est le seul qui se soit présenté à cet hôpital pendant les 20 dernières années. Il s'agissait d'une multipare à sa neuvième grossesse. L'accident se produisit à la suite d'une journée

entière de lavage, travail forcé auquel la malade n'était pas habituée. Méconnu tout d'abord, il fut considéré comme un cas de placenta prœvia et traité par le tamponnement : l'accouchement eut lieu le jour suivant par le siège : l'extraction de la tête exigea l'emploi de la manœuvre de Prague : l'enfant était mort et en état de décomposition. Le caillot provenant de l'hémorragie interne occupait le fond de l'utérus; il pesait 1590 grammes; il fut expulsé sous l'influence de pression manuelle exercée sur l'utérus : il exhalait une odeur fétide : la délivrance eut ensuite lieu sans difficulté : le placenta sentait mauvais; il était inséré sur le fond; l'hémorragie s'était produite entre le placenta et le fond et avait amené un décollement complet : une petite partie du sang s'était glissée entre les membranes et la paroi utérine jusqu'au col et avait donné lieu à l'erreur de diagnostic. Les membranes étaient d'ailleurs intactes, sauf l'ouverture artificielle faite par l'accoucheur pour évacuer les eaux. Suites normales.

L'hémorragie interne de la grossesse s'observe de préférence chez les multipares, et surtout chez les femmes qui ont eu de nombreuses grossesses, des grossesses gémellaires, des avortements; en un mot, dans les cas où la paroi utérine a perdu de sa contractibilité normale : les deux conditions nécessaires pour que l'hémorragie interne se produise sont d'une part un traumatisme, d'autre part un affaiblissement de la résistance des parois utérines. Comparée à l'hémorragie externe, l'hémorragie interne est beaucoup plus rare et beaucoup plus grave.

H. DE BRINON.

Zur Perforation des nachfolgenden Kopfes (Céphalotripsie dans un cas d'hydrocéphalie), par LITSCHKUSS (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 39, 1886).

Dans un cas d'extraction de la tête dernière, où l'existence d'une hydrocéphalie non encore reconnue empêchait la terminaison de l'accouchement, l'auteur ne put arriver à introduire le perforateur, à cause du manque d'espace : les tentatives renouvelées par deux collègues présents échouèrent également; l'auteur introduisit alors par une incision faite sur la nuque de l'enfant un cathéter métallique à injections utérines, et se guidant sur le doigt parvint à le conduire en déchirant les parties molles jusqu'au trou occipital : une pression modérée permit alors de le faire pénétrer dans la cavité crânienne et un flot de liquide s'échappa : la terminaison de l'accouchement se fit rapidement.

L'auteur est convaincu que la même méthode pourrait servir dans certain cas, en l'absence même d'hydrocéphalie. Le cathéter une fois introduit dans la cavité crânienne, on pourrait dilacérer la substance cérébrale, et l'extraire à l'aide d'injections liquides. H. DE BRINON.

Zur unbeendeter Extraction des Kindes am Kopfe mit der Zange (Y a-t-il lieu, dans certains cas d'application du forceps, de ne pas achever l'extraction de la tête avec l'instrument)? par John LWOFF (*Centralblatt für Gynækologie*, *n°* 25, 1886).

Lorsque le forceps est employé pour franchir un rétrécissement pelvien, et que l'on se trouve en face d'une primipare à périnée ferme et vulve étroite, il y a intérêt à abandonner le forceps aussitôt que la tête a franchi le rétrécissement, et à laisser terminer l'accouchement par les forces naturelles : mais cette indication n'existe que dans le cas où les contractions sont normales ou à peu près; chez les multipares, on peut en général terminer l'extraction sans danger pour le périnée; cependant,

dans les positions occipito-postérieures du sommet, il est très difficile, même chez les multipares, d'éviter la déchirure complète du périnée : dans ces cas, l'auteur retire le forceps, lorsqu'un quart ou un tiers de la tête est visible ; l'accouchement se termine habituellement en moins d'un quart d'heure. 4 observations. H. DE BRINON.

De la rétention du placenta et des membranes, par GERBAUD (*Thèse agrég., Paris*, 1886).

Il est difficile de déterminer quand et combien de temps le placenta peut être retenu dans l'utérus, sans que cette rétention puisse être considérée comme anormale. Des accidents peuvent précéder, accompagner et suivre le séjour du délivre dans l'utérus.

De tout temps, la pratique des accoucheurs a été divisée à propos du traitement de la délivrance dans l'avortement ; elle est caractérisée par l'intervention rapide, l'expectation, l'éclectisme, expectation et intervention suivant les indications. L'antisepsie a donné des armes aussi bien aux partisans de l'intervention rapide qu'à ceux de l'expectation.

Après avoir passé en revue les causes de la rétention qu'il range en anatomo-physiologiques, anatomo-pathologiques et extrinsèques, l'auteur aborde l'anatomie pathologique. Rien de bien spécial à signaler sur les modifications que peut présenter le placenta retenu dans l'utérus, tassement, adipocirose, putréfaction, transformation en môles, en polype placentaire. On lira avec intérêt le chapitre qui est consacré à la résorption que l'auteur n'admet pas, à l'exfoliation insensible du placenta qui constitue un mode très intéressant de son élimination ordinairement lente et peut-être rapide. La symptomatologie, le diagnostic, le pronostic de cette complication de l'avortement, ne présentent rien de spécial.

La question du traitement constituait le point épineux et difficile de cette thèse. L'auteur se range parmi les partisans de l'expectation. Il cite des observations de mort à la suite de l'intervention, et des cas de guérison à la suite de l'expulsion tardive du placenta. Mais des cas isolés ne peuvent justifier cette manière de voir. L'auteur aurait dû profiter davantage des nombreux cas et des statistiques qui ont été publiés. Au lieu de tenter d'établir la valeur relative des différents traitements sur ces statistiques, l'auteur a suivi un autre plan qui consiste à accepter les observations qui viennent à l'appui de ses conclusions, et à repousser celles qui les infirment. Pour lui, le traitement se résume à l'antisepsie et au tamponnement dans le cas d'hémorragie. PORAK.

I. — **Ueber Fettembolie und Eklampsie (Rapports entre les embolies graisseuses et l'éclampsie puerpérale), par Rudolf VIRCHOW et JUERGENS** (*Berlin. klin. Woch., n° 30, p. 489, 26 juillet, et n° 31, p. 519, 2 août* 1886).

II. — **Sulla patogenesi dell'eclampsia puerperale, par PINZANI** (*Rivista clin. di Bol., n° 6*, 1886).

III. — **The pathology of puerperal albuminuria (Physiologie pathologique de l'albuminurie puerpérale), par Robert MAGUIRE** (*The Lancet*, 18 *septembre* 1886).

I. — Virchow a trouvé chez les femmes mortes d'éclampsie puerpérale

des embolies graisseuses, soit dans les poumons, soit dans les reins. Il se hâte toutefois d'ajouter que l'éclampsie peut exister sans embolies graisseuses et réciproquement. En effet, chez une cinquième accouchée qui avait également succombé après des convulsions, il a constaté seulement une endocardite parasitaire avec foyers métastatiques bactériens dans divers organes, notamment dans les reins; cependant cette femme, qui n'avait aucune embolie graisseuse, offrait, comme les quatre précédentes, des contusions du tissu cellulaire de diverses régions (abdomen, vagin, etc.), qui sont ordinairement le point de départ des embolies de graisse.

Juergens a fait de nombreuses recherches anatomo-pathologiques sur l'éclampsie puerpérale. Dans tous les cas il a trouvé comme lésion constante, des hémorragies hépatiques. Ces hémorragies siègent principalement dans la zone périphérique des abcès, mais souvent aussi elles occupent leur zone centrale, ou même parfois s'étendent jusqu'à leur milieu; enfin, elles entraînent une désagrégation du parenchyme hépatique. Ce tissu désagrégé du foie pénètre dans les veines hépatiques et de là dans la circulation qui peut le transporter dans toutes les parties du corps.

A l'œil nu, cette altération hémorragique du foie n'offre aucun des caractères de l'infection septique, car, malgré la destruction de son tissu intérieur, le foie a conservé sa consistance et sa coloration normales.

L'examen microscopique des caillots du cœur droit offre alors un intérêt particulier. Toujours on y découvre des débris indubitables des cellules hépatiques, de la graisse libre et des globules blancs remplis de granulations et de gouttelettes graisseuses.

Dans certains cas, il n'existe pas ailleurs que dans le foie de lésions capables d'être l'origine de la résorption de graisse.

Il est remarquable que le cerveau soit, dans l'éclampsie, si rarement le siège d'embolies graisseuses.

Dans deux occasions récentes, Juergens a découvert dans le foie et le poumon de femmes éclamptiques des bacilles courts, légèrement recourbés; il se demande s'ils sont la cause de l'hépatite hémorragique.

En réponse à une question de Senator, Virchow déclare que la régression graisseuse de l'utérus puerpéral ne peut être le point de départ des embolies en question, qu'il s'agit toujours de grosses particules graisseuses relativement considérables, tandis que le travail de régression graisseuse fournit une graisse finement granuleuse incapable de produire des oblitérations vasculaires semblables.

Quant à l'hépatite hémorragique, elle peut survenir en dehors des convulsions, car on la rencontre non seulement chez des femmes non éclamptiques, mais aussi chez des hommes. J. B.

II.— Dans les conclusions de son travail, Pinzani distingue deux formes d'éclampsie puerpérale, l'une urémique, l'autre non urémique ou réflexe. Les états pathologiques de l'appareil uro-poiétique qui dépendent de la grossesse et donnent lieu à une altération de la sécrétion urinaire et à l'éclampsie urémique sont de natures diverses et peuvent s'associer entre eux. Cette forme résultant de la rétention des matériaux de l'urine dans le sang est beaucoup plus grave que l'autre : le danger vient non seulement des convulsions, mais aussi de l'empoisonnement du sang.

La seconde forme, ou non urémique, est déterminée exclusivement par un acte réflexe : l'excitant périphérique part des organes génitaux et par analogie avec les convulsions de l'hystéro-épilepsie on pourrait donner à cette forme le nom d'hystéro-éclampsie puerpérale, bien qu'il soit possible que le point de départ de l'action reflexe soit ailleurs que dans les organes génitaux. La première forme est identique à l'urémie du mal de Bright, la seconde ressemble à l'éclampsie des enfants. Le traitement de ces deux formes est basé sur cette pathogénie : la forme urémique sera combattue par tous les moyens qui peuvent débarrasser le sang des poisons, la forme non urémique réclame l'emploi des antispasmodiques : chloroforme, chloral, morphine, et localement la cocaïne, quelquefois aussi l'accouchement prématuré, en un mot, les moyens qui peuvent s'opposer au mécanisme réflexe de l'attaque éclamptique.

F. BALZER.

III. — Maguire fait remarquer qu'il existe deux variétés bien distinctes d'albuminurie puerpérale : l'une bénigne, qui, en général, n'occasionne pas d'accidents graves, et qui disparaît d'elle-même et très rapidement après la délivrance ; l'autre, grave, qui donne fréquemment lieu à des accidents urémiques au moment de l'accouchement (éclampsie puerpérale) et qui peut aboutir ultérieurement à un mal de Bright chronique.

Or, le précipité obtenu dans une urine albumineuse par l'acide nitrique et la chaleur n'est pas toujours formé par une seule et même substance chimique ; on y trouve deux corps très différents : le sérum-albumine et la globuline. Cette dernière peut être séparée en saturant à froid par le sulfate de magnésie l'urine préalablement neutralisée : la globuline se précipite en flocons solubles et la sérum-albumine reste en solution. La proportion entre ces deux corps varie selon les cas, et cela dans les limites les plus étendues : dans quatre cas d'albuminurie dite fonctionnelle (sans symptôme de maladie rénale) le précipité obtenu par l'acide nitrique et la chaleur était exclusivement formé de globuline, sans aucune trace de sérum-albumine. En revanche, dans un cas de néphrite interstitielle avancée, 70 pour 100 du précipité se composait de sérum-albumine, 30 seulement de globuline. L'auteur a examiné l'urine dans un cas d'albuminurie puerpérale ayant évolué sans accident ; il n'y a trouvé, comme dans l'albuminurie fonctionnelle, que de la globuline. Il se demande d'après cela s'il ne faudrait pas distinguer deux formes d'albuminurie puerpérale : l'une avec lésion rénale (néphrogène), l'autre, sans lésion rénale, provenant seulement d'une altération de la crase du sang (hématogène).

H. BARTH.

Ueber die Behandlung der puerperalen Sepsis (Traitement de la septicémie puerpérale), par Max RUNGE (*Sammlung klinischer Vorträge, n° 287*).

L'auteur rend compte des résultats qu'il a obtenus à la clinique de Dorpat, dans le traitement de la septicémie puerpérale, par la combinaison de l'alcool à haute dose et des bains tièdes. Le traitement antiseptique rigoureux auquel sont soumis les accouchées de la clinique ne diffère pas essentiellement de celui qu'ont adopté la plupart des Maternités ; seulement, on ne considère pas comme utile d'administrer une injection vaginale après un accouchement normal, et on considère

comme une faute grave l'administration d'une injection intra-utérine dans les mêmes circonstances.

Les phénomènes généraux de l'infection septique viennent-ils à se montrer ? Le traitement est aussitôt institué : administration d'alcool à haute dose (dans un cas 12 bouteilles de vin de Porto et 1,200 grammes de cognac en 12 jours ; dans un autre, 10 bouteilles 1/2 de Porto et Madère et 2 litres de cognac en 7 jours). Si la malade refuse la nourriture, si elle a de la tendance à la somnolence, on la met au bain, (25 à 30° c.) Un pouls fréquent, misérable, avec température élevée, l'agitation, le délire, constituent des indications pour le bain. Le bain est contrindiqué par un état de collapsus prononcé, par une embolie pulmonaire récente, par une thrombose fémorale.

La durée du bain ne dépasse pas 5 à 10 minutes ; le nombre ne dépasse pas 3 par jour. Lorsqu'il y a une vive sensibilité de l'abdomen, les opiacés viennent se joindre aux moyens précédents, et lorsque la fièvre est tombée, l'ergot de seigle est administré à larges doses et pendant un assez long temps.

Le traitement par l'alcool et les bains tièdes est employé à Dorpat depuis 2 ans : 13 cas de septicémie ont été ainsi traités, dont 9 particulièrement graves : une seule malade est morte.

L'auteur insiste sur la proscription absolue de la quinine et de toute espèce d'antipyrétique. H. DE BRINON.

MALADIES DES ENFANTS.

Ueber eine eigenthümliche Form spastischer Lähmung (Sur une forme spéciale de paralysie spastique avec manifestations cérébrales, d'origine héréditaire), par PELIZAEUS (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XVI, Heft* 3, *p.* 598).

Pelizaeus a relevé l'observation d'un enfant de 8 ans, qui présentait un ensemble de symptômes qu'il croit devoir rattacher à la sclérose en plaques, et qui avait été constaté chez quatre autres membres de la famille. Voici en quoi consistait ce symptôme : nystagmus bilatéral, léger embarras de la parole, trouble de l'innervation des membres supérieurs se traduisant par une grande maladresse, sans tremblement, paralysie spasmodique dans les membres inférieurs, sans atrophie des muscles, exagération des réflexes tendineux, intégrité de l'excitabilité galvanique et faradique des nerfs et des muscles.

L'enfant était venu au monde parfaitement bien portant. Il était âgé de 3 mois, lorsqu'on s'aperçut pour la première fois de l'existence du nystagmus. On remarqua ensuite un peu plus tard que lorsque l'enfant voulait saisir un objet, ses mouvements étaient empreints d'un grande maladresse, qu'il ne pouvait pas remuer les jambes aussi facilement que les autres enfants de son âge. Plus tard, lors des premières tentatives pour le faire marcher, on s'aperçut qu'il n'avait pas la libre disposition de ses jambes, peu à peu la contracture fixa les différents segments des membres inférieurs dans les attitudes caractéristiques. Dans le courant de la seconde année, l'enfant apprit à parler

assez bien ; l'embarras de la parole ne se développa qu'à partir de la fin de la troisième année.

Cet enfant était l'arrière-petit-fils d'un homme bien portant (ainsi que sa femme) et dont deux fils et deux autres petits-fils ont présenté les mêmes désordres que ceux qui viennent d'être mentionnés.

L'auteur passe ensuite en revue les principaux cas de sclérose en plaques chez des enfants, publiés dans le cours de ces dernières années.

E. RICKLIN.

I. — On infantile cerebral paralysis, par Norris WOLFENDEN (*The Practitioner, septembre* 1886).

II. — Ueber cerebral Kinderlähmung (De la paralysie d'origine cérébrale chez les enfants), par RANKE (*Jahrbuch für Kinderheilk., Band XXIV, Heft* 1 *et* 2).

III. — Zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung (Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie cérébrale infantile), par KART (*Berlin. klin., Woch.* 2 *août* 1886).

I. — Sous ce nom, Wolfenden décrit une affection dont la marche est généralement la suivante : Un enfant bien portant est pris d'une ou de plusieurs convulsions, de vomissements et de fièvre. Ces phénomènes peuvent persister pendant deux ou trois semaines, ou au contraire être assez fugaces pour passer inaperçus. Ils sont suivis d'une hémiplégie complète, laquelle, si elle siège du côté droit, s'accompagne généralement de troubles de la parole. Quelquefois il n'y a qu'une monoplégie affectant le bras ou la jambe. Plus rarement on a affaire à une forme paraplégique. A cette période, le petit malade peut être privé de connaissance pendant un temps plus ou moins long. La paralysie faciale est rare, mais il y a fréquemment du strabisme.

Dans une seconde période, dite de réparation, la motilité reparaît, en commençant généralement par la jambe. Il subsiste pourtant toujours une faiblesse du côté malade, avec une incoordination plus ou moins marquée dans les mouvements qui exigent quelque précision. Très souvent on observe de l'athétose à un degré plus ou moins marqué. En même temps, le membre subit un raccourcissement. La sensibilité est ordinairement intacte. Les réflexes tendineux sont exagérés ; la température des membres est normale.

Au bout d'une période de temps qui varie suivant les sujets, on s'aperçoit que l'enfant est en retard pour parler, ou qu'il parle d'une façon inintelligible. Souvent il a des attaques épileptiformes. L'imbécillité ou l'épilepsie vraie marquent le troisième stade de la maladie. Les réactions électriques des muscles sont toujours conservées.

Comme causes, on peut invoquer l'hérédité, les traumatismes, la dentition, les fièvres éruptives, en particulier la rougeole, etc.

L'âge des malades varie, mais on peut dire que c'est essentiellement une affection de la première enfance, comme la paralysie spinale infantile. Sur 40 cas, 19 concernent des sujets au-dessous de 3 ans, 24 des sujets au-dessous de 4 ans, et 6 seulement des sujets au-dessus de 4 ans.

Le pronostic est grave au point de vue des troubles intellectuels et

des chances d'épilepsie. Il est plus sérieux, lorsque la parole est tout à fait abolie. GASTON DECAISNE.

II. — Comme Strümpell et Wolfenden, Ranke a observé des paralysies sans diminution de la contractilité faradique et sans réaction de dégénérescence; ces cas sont au nombre de 9 et paraissent être dus à l'encéphalite, bien que l'autopsie ne soit pas venue confirmer le diagnostic.

Les 6 premiers cas ont présenté la forme hémiplégique, les autres la forme monoplégique. Chez tous les malades l'affection remontait à la première enfance, dans 3 cas les parents affirmaient que la paralysie était congénitale. On ne put rien apprendre sur le début, quelquefois il n'y eut aucun symptôme; dans d'autres cas, on note des crampes et la perte de connaissance. Il n'y eut pas de fièvre. Le bras a été toujours le plus atteint; dans tous les cas il y a eu un arrêt dans l'accroissement du bras.

Dans 6 cas d'hémiplégie il y eut de l'athétose des doigts, dans 3 il y eut de l'athétose des orteils. 2 des cas d'hémiplégie présentèrent des troubles de l'intelligence. Un garçon de 4 ans devint épileptique après l'apparition de la paralysie. Dans tous les cas, la paralysie n'était pas flasque, mais il y avait une légère contraction; les réflexes étaient conservés. Sensibilité intacte. Il n'y eut jamais de diminution de la contractilité des muscles et de l'excitabilité nerveuse pour les deux courants; pas de réaction de dégénérescence.

Ce qui est curieux, c'est l'absence des phénomènes initiaux; dans 3 cas la maladie semble avoir existé avant la naissance. Dans ces 3 cas l'accouchement a été difficile; dans 2 cas il y avait présentation du siège; dans le troisième il y avait rétrécissement du bassin. BARBE.

III. — Kart s'appuie sur deux autopsies qu'il a pratiquées pour soutenir que la paralysie cérébrale infantile ne reconnaît pas toujours pour cause une polio-encéphalite.

Dans le premier fait, il s'agit d'un enfant qui, bien portant jusqu'à l'âge de 6 mois, fut, une nuit, brusquement pris de vomissements et de convulsions limitées au côté droit; celles-ci se reproduisaient au bout de quelques jours et laissaient une hémiplégie des membres sans participation de la face.

Quelques mois plus tard, on assiste à la répétition du même cycle morbide portant cette fois surtout sur la moitié gauche du corps. Avec des intervalles de longueur variable, l'enfant eut 10 à 11 attaques semblables, prédominant tantôt à gauche, tantôt à droite; finalement, la paralysie du côté droit était plus marquée que celle de gauche. Le petit malade devint idiot, n'apprit ni à marcher, ni à se tenir debout, ni à parler, et il succomba dans une attaque, après 14 mois de maladie. L'autopsie ne révéla aucune lésion localisée ni dans l'un ni dans l'autre hémisphère. En revanche, toute l'écorce cérébrale était réduite de volume et présentait au microscope une sclérose diffuse, intéressant à la fois la substance grise et la substance blanche, et plus particulièrement les portions motrices.

Le second cas concerne un petit enfant qui en pleine santé fut pris de véritables convulsions du côté droit; ensuite, tous les deux mois, il eut de l'épilepsie partielle, suivie de paralysie spasmodique. Le malade mourut 3 ans après le début de ces accidents. A l'autopsie, on constata l'atrophie d'une moitié du cerveau, mais ni lésion en foyer ni processus de dégénérescence nulle part.

Kart conclut qu'il est prématuré d'identifier la paralysie cérébrale infantile avec la polioencéphalite, car elle peut être causée par des altérations diverses même congénitales. J. B.

Lacunes symétriques des pariétaux chez un nouveau-né, par RAPIN (*Revue médic. Suisse romande, VI*, 234, *avril* 1886).

Nouveau-né âgé de 8 jours, du sexe masculin, dont les os pariétaux présentent chacun une lacune dans un endroit inusité. Ces deux lacunes sont placées symétriquement à deux centimètres en avant et en dedans de la bosse pariétale. L'ouverture gauche est à peu près circulaire et mesure un centimètre de diamètre; les bords de l'os sont lisses ; le doigt posé dessus sent très nettement les battements du cerveau et, quand l'enfant crie, la membrane fibreuse qui ferme cet orifice se tend comme les fontanelles.

A droite, le trou affecte la forme d'un triangle dont la base d'un centimètre est tournée du côté de la bosse pariétale, tandis que l'angle aigu regarde la suture coronale ; ce trou a deux centimètres dans sa plus grande longueur et est recouvert par une lamelle osseuse, flexible, crépitant comme le parchemin et assez mince pour permettre de percevoir les bords osseux de la lacune. La peau qui recouvre ces ouvertures n'offre rien d'anormal.

La mère est une primipare de 29 ans, ni rachitique ni syphilitique. J. B.

Ueber Tetanie der Säuglinge (De la tétanie des nourrissons), par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 11, *p.* 177, 15 *mars* 1886).

Dans ces deux dernières années, Baginsky a observé 13 cas de tétanie sur des nourrissons. C'est une affection qui survient, surtout l'été, chez des enfants généralement émaciés et offrant des troubles digestifs, qui est caractérisée par l'excitabilité mécanique et électrique des muscles. Dès qu'on touche les muscles, ils entrent en contractions toniques et parfois la contracture s'étend même à des muscles qui n'ont pas été l'objet d'attouchements. Baginsky n'a observé qu'une fois la contracture des muscles animés par le facial.

Ce sont les fléchisseurs qui sont le plus affectés. Chez l'enfant de 3 mois, qui a servi de type pour la description de Baginsky et qui a parfaitement guéri, la contracture des cuisses occupait, d'un côté les fléchisseurs, de l'autre les extenseurs, et il y avait en outre un peu de strabisme convergent. Le signe de Trousseau (pression sur le tronc artériel principal) est très net; les réflexes rotuliens sont normaux et il n'existe aucun gonflement articulaire.

Au point de vue étiologique, l'influence des troubles dyspeptiques et celle de la saison ne sont pas douteuses. Mais on ne peut expliquer la tétanie par la perte rapide de liquide en cas de choléra infantile, car elle n'apparaît en général qu'après la phase aiguë. D'autre part, chez des enfants de 3 à 4 mois, on ne peut incriminer ni la dentition ni l'imitation (*R. S. M.*, IX, 641) ; Baginsky n'a pu se convaincre du caractère contagieux de l'affection, bien qu'il l'ait observée deux fois chez des jumeaux ou des enfants apparentés qui vivaient d'ailleurs dans les mêmes conditions.

Jusqu'ici Baginsky n'a pu faire qu'une autopsie dont les lésions se bornaient à une congestion de cerveau. Considérant la non-symétrie des muscles affectés, l'intégrité des réflexes rotuliens et du sensorium, l'absence de toute paralysie, etc., Baginsky croit à une affection des nerfs périphériques occasionnée par la présence, dans le sang, de certaines substances toxiques introduites avec les aliments.

Bien que la tétanie soit bénigne par elle-même, comme elle atteint des enfants chétifs, bon nombre d'entre eux succombent ultérieurement à des

maladies intercurrentes, tout à fait étrangères ; ça été le cas pour 7 des 15 malades de Baginsky.

Outre le traitement diététique, Baginsky prescrit les lavements de 50 centigrammes à 1 gramme de chloral dans 100 grammes d'eau qu'on partage en quatre fois, et des bains chauds avec maillot consécutif. J. B.

Unusual cardiac anomaly, par A.-M. HAYDEN (*Journal of Amer. med. Assoc.*, *p.* 318, 19 *mars* 1887).

Enfant mort à l'âge de 16 mois; durant la première semaine de la vie seulement, il avait présenté de la cyanose et avait été considéré comme atteint de persistance du trou de Botal; puis les troubles de circulation avaient ensuite disparu. On trouva : cœur volumineux hypertrophié; trou ovale non oblitéré ; orifices auriculo-ventriculaires droite et gauche normaux : un orifice d'un demi pouce de diamètre faisait communiquer les deux ventricules; l'artère pulmonaire tirait son origine des deux ventricules droit et gauche. L'aorte était normale et les veines pulmonaires s'abouchaient dans le ventricule gauche. MAUBRAC.

Ein Fall acutester tödtlicher Hämoglobinurie beim Neugeborenen (Un cas d'hémoglobinurie aiguë, suivie de mort chez un nouveau-né), par Carl SAUDNER (*Münchener med. Wochenschr.*, *n°* 24, 1886).

Nouveau-né, de 3,580 grammes, qui jouit d'une bonne santé pendant les trois premiers jours. Le quatrième jour, au matin ; on le trouva mourant dans son lit. La peau était noire foncé, par tout le corps, les muqueuses brunâtres et les conjonctives ictériques. L'urine, qui fut obtenue en très petite quantité, était noirâtre ; l'examen microscopique n'a pu être fait. Le soir du quatrième jour, l'enfant mourait.

A l'autopsie, cœur normal, rate hyperémiée, grosse, de couleur noirâtre ; reins fortement hyperémiés, de couleur foncée, présentant sous la capsule de petites extravasations sanguines. L'examen microscopique montra que ces dernières étaient formées d'un amas homogène, noirâtre, dans lequel on ne put trouver les globules sanguins intacts. Dans l'intérieur des capsules de Bowmann, et des tubes urinifères, se trouvaient de petits amas brunâtres, formés de granulations noires et de quelques globules rouges.

L'auteur pense que dans le cas particulier, il s'agit d'une hémoglobinurie à marche aiguë, dont il ne connaît point l'étiologie. LESAGE.

Ueber die Häufigkeit der Tuberculosis... (Sur la fréquence de la tuberculose et ses principales localisations dans la première enfance), par FRŒBELIUS (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, *Band XXIV, Heft* 1 *et* 2).

La tuberculose est une maladie rare dans les premiers mois de la vie. Aux enfants trouvés de Saint-Pétersbourg, cette maladie apparaît le plus souvent à l'âge de 2 à 4 mois. Le séjour prolongé des enfants à l'hôpital, la difficulté de se procurer des nourrices, l'accumulation des nourrissons dans les salles, pendant la saison rigoureuse, l'impossibilité de les envoyer à la campagne sont les causes de la morbidité et de la mortalité, si considérables chez les enfants.

L'augmentation dans le nombre des maladies de l'intestin et du poumon, principalement des cas de pneumonie catarrhale coïncide avec une augmentation dans la tuberculose.

C'est par les voies respiratoires que la contagion a lieu, le plus souvent,

dans le premier âge. Ce sont les poumons et les bronches qui occupent la première place dans la localisation de la tuberculose.

La tuberculose se montre dans cet hôpital sous deux formes : 1° sous forme de tuberculose miliaire aiguë (5 cas) sans infiltration parenchymateuse des poumons, mais précédant l'envahissement des ganglions ; 2° sous forme de tuberculose chronique qui avait évolué avant le ramollissement des ganglions bronchiques (366 cas). BARBE.

Acute pneumonia in utero (Pneumonie intra-utérine), par H. STRACHAN (*Brit. med. journ., p.* 860, *novembre* 1886).

Une femme enceinte de huit mois, entre à l'hôpital au 4e jour d'une pneumonie de tout le poumon gauche : elle accouche le soir même d'un enfant qui meurt moins de 24 heures après avec les signes stéthoscopiques d'une pneumonie. L'autopsie révèle une hépatisation de tout le poumon gauche. La mère guérit.

L'auteur croit que l'enfant avait contracté le germe de la pneumonie ans l'utérus maternel, par contagion directe. H. R.

Deux cas de pneumothorax chez des enfants de seize mois, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 4 *août* 1886).

B..., âgé de 16 mois, atteint de syphilis héréditaire intense, entre le 16 juin avec des signes de bronchite ; le 23 juin, on constate une broncho-pneumonie bien caractérisée; le 26 juin, l'enfant paraît un peu oppressé; on trouve les signes d'un pneumothorax à gauche, au grand complet, souffle, toux, voix amphoriques, tintement métallique, sonorité exagérée, voussure, bruit d'airain, etc. Le 28 juin dyspnée énorme avec tirage abdominal, immobilité de tout le côté gauche, distension notable de tout ce côté : 24 centimètres au lieu de 22. Mort le 29. A l'autopsie, on trouve dans la plèvre gauche un amas purulent et pseudo-membraneux dans le sinus costo-diaphragmatique ; les parois humides ; mais ni fausses membranes, ni liquide, le poumon est refoulé en dedans et réduit à un prisme triangulaire ; sur la face diaphragmatique, il existe une plaque jaunâtre et à l'extrémité de cette plaque un orifice linéaire de 4 à 5 millimètres de long; l'insufflation, pratiquée sous l'eau, fait sortir de l'air par l'orifice ; le poumon contient des granulations caséeuses, disséminées, et dans le lobe inférieur une petite caverne allongée verticalement, qui s'étend jusqu'à la plèvre, et s'ouvre dans la séreuse par l'orifice linéaire.

Les ganglions bronchiques sont très gros et caséeux. L'examen histologique a nettement prouvé qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses, et non syphilitiques. La mère de cet enfant est elle-même tuberculeuse et atteinte de pneumothorax.

La seconde observation est identique. H. L.

Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale, par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *janvier* 1887).

Sevestre a observé, à l'hôpital des Enfants Assistés, un certain nombre de cas très analogues et quasi épidémiques.

Il s'agissait d'enfants de 1 à 2 ans qui étaient d'abord pris de diarrhée intense, 6 à 10 selles par jour, abondantes, mal digérées ; puis, au bout de quelques jours, 2 à 6 en général, la fièvre paraissait, et en même temps l'enfant se mettait à tousser, la toux était sèche, la dyspnée modérée, et à l'auscultation on trouvait des râles de bronchite ou des foyers de crépitation, ou même un souffle plus ou moins marqué ; tantôt les phénomènes pulmonaires restaient atténués, tantôt ils devenaient graves, et l'asphyxie terminait la

scene, accompagnée soit de phénomènes typhoïdes soit de bulles pemphigoïdes.

A l'autopsie, on trouvait dans les intestins, gros ou grêle, des plaques rouges d'arborisation, les plaques de Peyer tuméfiées, quelquefois érodées, les ganglions correspondants congestionnés. Dans le poumon, les lésions de la broncho-pneumonie, des noyaux ou plaques, superficiels, violacés, déprimés au-dessous des parties voisines.

Sevestre discute et rejette l'idée d'une fièvre typhoïde. Ses recherches lui ont montré que le point de départ des accidents était un vice d'alimentation, d'où une diarrhée infecte; et il admet que cette entérite septique a pu donner naissance à des produits qui allaient déterminer dans le poumon des accidents congestifs.

Il insiste sur ce fait qu'au début, les traitements ordinaires anti-diarrhéiques : bismuth, potion de Todd, échouaient, tandis qu'avec le calomel (10 à 20 centigrammes), puis la naphtaline (50 centigrammes), il obtint plusieurs succès. H. L.

Essai sur la bronchite chronique des enfants, par COMBY (*Archives de médecine, novembre et décembre* 1886).

La bronchite chronique, chez l'enfant, s'accompagne rarement d'emphysème : ce qui la rend relativement bénigne et assez facilement curable.

La bronchite chronique s'observe surtout chez les scrofuleux, et aussi chez les rachitiques, chez les enfants épuisés par une alimentation défectueuse, par une maladie cachectisante.

Le début de la bronchite chronique est très variable. Tantôt la bronchite s'installe sourdement, sans avoir été précédée par une maladie aiguë à déterminations bronchitiques, tantôt elle succède à une bronchite spécifique, consécutive à une maladie aiguë, en particulier à la rougeole, à la coqueluche ou à la fièvre typhoïde.

Quel que soit le mode de début, les symptômes sont les mêmes. Il n'y a pas de douleur, pas de gêne respiratoire, en général. Certains enfants conservent un état général excellent ; d'autres, au contraire, ont rapidement un aspect misérable et cachectique. La toux est bruyante, surtout le soir et le matin, grandement influencée par les conditions atmosphériques, s'accompagnant de la reprise quand la bronchite succède à la coqueluche.

L'auscultation ne révèle de foyer limité en aucun point de la poitrine. La résonnance plessimétrique est parfaite. Les vibrations vocales sont conservées intactes. L'auscultation fait entendre des râles sibilants, des ronchus sonores et presque toujours des râles bulleux, sous-crépitants, parfois secs, le plus souvent humides.

La grande complication à redouter consiste dans la production de foyers de tuberculose ; la tuberculose trouvant le parenchyme tout préparé pour son développement, par le fait de la bronchite chronique.

Sa terminaison est favorable dans la plupart des cas.

La forme sibilante, qui se rencontre surtout chez les rachitiques, est plus bénigne et moins tenace que la forme bullaire ou crépitante qui se voit chez les scrofuleux.

L'adénopathie trachéo-bronchique ne se voit pas chez ces malades.

La bronchite chronique de l'enfance s'observe à tout âge. La scrofule héréditaire ou acquise est sa raison d'être dans la plupart des cas ; à côté d'elle, il faut faire jouer un certain rôle au rachitisme et à la dilatation de l'estomac.

Le traitement préconisé par l'auteur consiste dans l'administration de la poudre d'ipéca au moins une fois par semaine, et dans l'huile de foie de morue à doses massives. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude du spasme sympathique des muscles de la glotte chez les enfants, par H. GIRARD (*Rev. médic. de la Suisse romande, V, p.* 81, 121 *et* 145).

L'auteur désigne sous ce nom le spasme essentiel ou idiopathique de la glotte, parce qu'il le considère comme un phénomène réflexe succédant à une irritation de la muqueuse gastro-intestinale. L'étude des faits rapportés dans la littérature, et 11 observations personnelles (avec 11 guérisons) l'ont en effet conduit à admettre une seule et unique cause de cette affection, à savoir : une alimentation vicieuse quantitativement ou qualitativement.

La trachéotomie lui paraît formellement contre-indiquée à la fois par l'âge tendre des malades qui offre peu de chances de succès à l'opération et par la courte durée de l'accès qui ne permet pas de pratiquer l'ouverture de la trachée en temps utile. En revanche, la respiration artificielle est très efficace.

Le musc est le médicament préconisé par Girard, qui le prescrit en paquets de 1 centigramme, à prendre plus ou moins souvent, suivant l'âge de l'enfant et la gravité des accès. 8 fois ce traitement a amené la guérison au bout de 24 ou 48 heures et, dans le cas le moins favorable, à la fin du 4e jour; chez les 3 autres malades, le musc a produit seulement une grande amélioration et la guérison tardive a été obtenue par l'adjonction du bromure de potassium. J. B.

Pericarditis serofibrinosa im Gefolge des Keuchhustens (Péricardite séro-fibrineuse consécutive à la coqueluche), par RACCHI (*Arch. di patol. infant., p.* 173, 1885).

Racchi a observé un cas de coqueluche chez un enfant de quatre mois, avec issue funeste, à la suite d'une pneumonie. L'autopsie montra une bronchite capillaire et des foyers de pneumonie lobulaire, une péricardite avec un exsudat abondant. Il inocula avec un pinceau désinfecté du mucus pris dans les ventricules de Morgagni et les bronchioles, ainsi que du liquide péricardique de l'enfant dans le larynx de trois lapins ; ceux-ci furent pris d'une toux convulsive et infectèrent des lapins qui se trouvaient dans la même cage. Chez quelques animaux morts, on trouva de la péricardite.

BARBE.

A case of right hemiplegia with aphasia in a child, par Samuel WEST (*Clinic. Soc. of London, in Brit. med. journ., p.* 157, *janvier* 1887).

West rapporte l'histoire d'un enfant atteint de coqueluche qui, dans une quinte, fut frappé d'hémiplégie droite et d'aphasie, avec contracture légère : ultérieurement, survint de l'athétose. Pareil fait a été signalé par Radcliffe Croker. D'après West, il y aurait, en pareil cas, hémor-

ragie des ganglions cérébraux, tandis que pour Broadbent la lésion serait plutôt corticale. Ceci expliquerait mieux l'aphasie, mais ne concorderait guère avec les mouvements d'athétose. H. R.

Ueber die Behandlung der Dyspepsie des ersten Kindesalters (Traitement de la dyspesie du premier âge), par D. LOREY (*Jahrbuch für Kinderheilkunde Band XXVI, Heft* 1).

La dyspepsie est une des maladies les plus fréquentes de la première enfance ; le traitement en est très difficile. L'auteur a eu l'occasion d'essayer, chez un enfant, le lavage de l'estomac avec une solution de chlorure de sodium faible et tiède ; puis il l'a employé avec succès dans 18 autres cas chez des enfants de 1 à 16 mois. L'introduction de la sonde (sonde anglaise n° 11 et n° 12) n'a jamais présenté de difficultés. BARBE.

Ein eigenthümlicher Diplococcus... (Diplocoque spécial trouvé dans les selles muqueuses d'un enfant atteint de catarrhe chronique du gros intestin), par SIEBENMANN (*Corr.-Blatt für schw. Aerzte, XV, n°* 15, *p.* 366).

Fillette scrofuleuse, âgée de 6 ans, offrant, avec une conjonctivite phlycténulaire, des coliques violentes périombilicales revenant chaque soir, vers 6 heures et durant jusqu'à minuit; en même temps, il y avait une constipation opiniâtre. Les selles, toujours provoquées par de l'huile de ricin, étaient pultacées, couleur chocolat et contenaient de gros morceaux de mucus, qui, examinés sous l'eau, laissaient voir des débris membraneux et des moules tubulés de l'intestin. Des injections d'eau, par le rectum, firent disparaître les coliques au bout de deux jours et les autres troubles au bout d'une huitaine.

L'examen microscopique de préparations des grosses masses muqueuses, fut pratiqué après coloration avec la solution de bleu de méthylène et de potasse préconisée par Lœffler pour les champignons de la diphtérie. Il révéla la présence d'un diplocoque très petit, ne ressemblant à aucune des 5 espèces de bactéries que Bienstock a décrites dans les garde-robes normales (*R. S. M.*, XXV. 87.)

Isolément, chaque *coque* paraît le double plus long, mais de même largeur que le gonocoque de Neisser; le rapport entre ses deux diamètres est comme 4 est à 3. Mais ces bactéries ovales ne se trouvent pas isolées, elles sont toujours fixées deux à deux par leur petite extrémité, de sorte que leur diamètre longitudinal forme une ligne droite de 1,2 à 3 μ. Rarement on aperçoit une place colorée en bleu uniforme qu'on pourrait regarder comme un noyau épithélial. On ne voyait ni globules muqueux ni globules purulents. La liqueur de Lœffler est la seule qui colore bien ces bactéries. Quand elles ne sont pas colorées, leurs amas apparaissent comme de grosses taches claires bien délimitées, offrant une granulation foncée. J. B.

Ueber Schrumpfniere im Kindesalter (De l'atrophie rénale dans l'enfance), par FÖRSTER (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Band XXVI, Heft* 1).

Förster a observé deux cas d'atrophie rénale chez le frère et la sœur dans une famille à antécédents neuropathiques et psychiques. Le père, qui a eu la syphilis, est atteint de tabes dorsalis ; un de ses frères a été autrefois atteint de neurosthénie ; un autre frère présente des troubles psychiques. Troubles psychiques également chez leur père. La mère des enfants est aussi neurosthénique. Ses parents et deux sœurs ont été atteints de diabète sucré.

Le garçon, l'aîné des enfants, paraît avoir souffert depuis longtemps de soif vive et de polyurie. Il urinait à 4 ans et demi 1 3/4-3 1/2 litres.

D. 1.004-1.010. Pas de sucre. Un peu d'albumine peu de temps avant la mort.

Le malade fut d'abord traité comme étant atteint de polyurie insipide ; il mourut à 9 ans et demi, 5 ans après le début de la maladie.

A l'autopsie, on trouva de l'épaississement de l'épendyme du 4e ventricule. Sclérose de la moelle allongée. Plaques de sclérose dans les cornes grises de la moelle, surtout dans les postérieures. Ventricule gauche du cœur hypertrophié. Reins très atrophiés, surtout dans la substance corticale.

La jeune sœur commença dès l'âge de 4 ans à boire et à uriner beaucoup. Albumine dans l'urine. Dépérissement. Hypertrophie du cœur. Raideur et engourdissement des doigts, maux de tête. Rachialgie. Troubles dans la marche. Réflexes tendineux exagérés. Mort à 8 ans et demi, à la suite d'hémorragies buccales répétées. Pas d'autopsie.

Förster pense qu'il y aurait peut-être lieu d'incriminer les antécédents et surtout la syphilis du père dans l'étiologie de cette affection. BARBE.

Antipyrine dans la fièvre typhoïde des enfants, par GUASTALLA (*Arch. di patol. infant.*, *p.* 152, 1886.)

Dans une épidémie qu'il observa à Trieste et qui frappa surtout les enfants, Guastalla fit des essais avec l'antipyrine; les principaux symptômes étaient une forte fièvre (41°5), la tuméfaction de la rate, le catarrhe bronchique ; mais les troubles intestinaux et la roséole manquaient. On donna le médicament sous forme de poudre : 1 gramme, puis 0,25-0,50. La température tomba de 1° au moins ; il y eut des sueurs profuses; à fortes doses, il y avait même des phénomènes de collapsus. BARBE.

Ein Fall von acutem Gelenkrheumatismus... (Rhumatisme articulaire aigu chez la mère et chez son nouveau-né), par SCHAEFER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 5, *p.* 79, 1er *février* 1886).

Femme de 35 ans, parvenue aux derniers jours de sa cinquième grossesse, lorsque, le 1er mai, elle est prise de rhumatisme aigu. Le 5 mai, l'accouchement se fit très rapidement. Le 8, la sage-femme remarqua un peu de gonflement sur le dos des pieds du nouveau-né. Le 9, ce gonflement a augmenté et, de plus, il y a une tuméfaction et une rougeur considérable de la première articulation phalangienne de l'index gauche, un gonflement pâteux de la hanche gauche et une température de 39°. Cœur intact. Le 10, la rougeur et le gonflement occupent les deux poignets, toutes les articulations des doigts et les deux hanches ; 39°,5.

L'enfant reste immobile, les cuisses fortement rétractées ; il crie aux moindres mouvements. 25 centigrammes de salicylate de soude prescrits comme dose quotidienne, n'ont aucune action sur la fièvre, ni sur l'affection des jointures. Au bout de quelques jours, on est obligé de supprimer ce médicament qui provoque des vomissements et de l'agitation. Vers la fin de mai seulement, et par un traitement purement expectatif, la température de l'enfant redevint normale ; il fit les premiers mouvements spontanés avec ses mains dans la seconde semaine de juin et ne commença à remuer ses jambes qu'à la fin du même mois.

Chez la mère, qui supporta également mal le salicylate, l'apyrexie se produisit le 10 juin.

Schaefer ne connaît qu'un fait analogue, c'est celui de E. Pocock. (*R. S. M.*, XXII, 617.) J. B.

Zur geographischen Verbreitung der Rachitis (De la répartition géographique du rachitisme), par KÖNEN (*Diss. inaug. Munich* 1886, *et Centr. f. klin. Med.*, *p.* 153, 1887.)

L'auteur de cette thèse, faite sous la direction de Bollinger, arrive aux conclusions suivantes : Le rachitisme est une maladie de l'hémisphère septentrional ; au sud de l'Équateur, il devient très rare ; en Australie, il semble ne pas exister. C'est surtout dans la zone tempérée de l'hémisphère nord que le rachitisme prédomine, et on peut admettre, avec Maffei, que sa fréquence est proportionnellement inverse à la hauteur du niveau de la mer. Cette fréquence est surtout prononcée dans les grandes villes, et particulièrement dans les bas quartiers qui bordent les fleuves et sont exposés à leurs inondations ; Düsseldorf, Cologne et Bonn en fournissent la preuve.

On ne peut établir aucune connexion topographique entre le rachitisme d'une part, et d'autre part la syphilis, la scrofule, la malaria.

Suit une table qui montre la fréquence relative de la maladie dans les villes principales de l'Europe et des deux Amériques. A. CHAUFFARD.

Late Rickets (Rachitisme tardif), par H. CLUTTON (*St Thomas's hosp. Rep. XIV*, *p.* 105).

Sous ce titre, Clutton communique l'histoire intéressante d'une enfant de 12 ans, grande et forte, qui jusqu'à l'âge de 10 ans et demi n'offre aucune altération du squelette, et qui, à partir de cette époque, présente tous les symptômes et toutes les déformations propres au rachitisme. Une planche photographique annexée au mémoire montre les courbures vicieuses des jambes, qui sont arquées et noueuses : les épiphyses des tibias, des fémurs, de l'humérus et du radius sont énormes ; les articulations chondrocostales sont tuméfiées. La marche de l'enfant est gênée comme s'il existait une luxation congénitale de la hanche.

L'auteur cite une observation du même genre due à Pitts. H. R.

Von der skarlatinösen Urœmie bei den Kindern (De l'urémie scarlatineuse chez les enfants), par W. JAKUBOWITSCH (*Arch. f. Kinderheilk.*, *Band VIII*, *p.* 81).

Baginsky a montré que l'on peut voir survenir, au cours de la néphrite scarlatineuse des enfants, des accès urémiques avec polyurie et poids spécifique élevé des urines. Jakubowitsch rapporte cinq nouvelles observations de ce genre.

Dans des cas de ce genre, il faut, d'après l'auteur, se rattacher à la théorie de Traube, et admettre l'œdème aigu du cerveau ; comme preuves indirectes, on en peut donner la coexistence de l'œdème aigu ou du décollement de la rétine, les bons effets des drastiques, de la saignée.

En revanche, comme il n'existe pas, dans les faits de ce genre, d'hypertrophie du ventricule gauche, Jakubowitsch rattache l'œdème cérébral à la présence de déchets de dénutrition toxiques qui rendraient plus perméables les petits vaisseaux, et auraient en outre une action directe sur les cellules cérébrales. A. CHAUFFARD.

Remarkable sequelæ of measles (Démence temporaire consécutive à la rougeole), par Harwood CASSON (*The Lancet*, 27 *novembre* 1886).

Un garçon de 12 ans, bien développé au physique et au moral, est attein

de la rougeole, avec température de 40°,5 durant 3 jours. Il présente, dans la suite, des troubles mentaux qui aboutissent rapidement à un état de démence. Il parcourt la maison sans parler, s'empare de tous les aliments à sa portée et les dévore gloutonnement, ne répond aux questions que par monosyllabes dites à voix basse. La mémoire semble absolument perdue, et, si on cherche à fixer son attention, après un instant d'effort il est fatigué. Cependant, la vigueur musculaire et la coordination des mouvements sont parfaitement conservées.

Vingt-huit jours après le début de l'éruption, quinze jours après l'apparition de ces singuliers symptômes, le malade ayant fait un court somme dans l'après-midi, se réveille avec l'esprit clair, la mémoire parfaitement nette et la voix sonore. Il se rappelait les événements des quinze derniers jours comme on se souvient d'un rêve. Il n'y a pas eu de rechutes.

H. BARTH.

Ueber die intrauterine Uebertragbarkeit des Erysipel (De la possibilité de la transmission de l'érysipèle de la mère au fœtus), par A. LEBEDEFF (*Zeitschrift f. Geburtshülfe, Band XII, Heft* 2).

Deux cas d'érysipèle intra-utérin ont été publiés l'un par Kaltenbach (*Centralblatt für Gynækologie*, 1884, n° 44), l'autre par Rauge (*Ibid*), 1884, n° 44). Dans les deux cas, la recherche des microbes n'avait pas été faite ; elle l'a été dans un cas récemment observé par l'auteur.

Il s'agissait d'une primipare de 25 ans, qui avait présenté peu de temps avant l'avortement un érysipèle des extrémités inférieures. L'avortement eut lieu vers le septième mois. L'enfant vécut 10 minutes. La peau présente sur toute la surface du corps un aspect marbré formé par des plaques rouges irrégulières séparées par des espaces blancs; la teinte rouge prédomine; dans les parties rouges, l'épiderme est excorié, la couche papillaire mise à nu, et les capillaires injectés, apparaissent immédiatement à la surface du derme; sur les parties blanches, on retrouve une couche épaisse de vernis caséeux qui retrouve l'épiderme intact. De loin en loin, on remarque des ecchymoses superficielles de la couche papillaire. Les viscères des cavités thoracique et abdominale sont dans leur état normal à l'exception du foie qui est plus gros qu'il ne devrait l'être, mais sans altération pathologique. Au microscope, on constate que le chorion est infiltré de cellules lymphatiques et que le tissu cellulo-graisseux sous-cutané contient en grande abondance les coccus caractéristiques de l'érysipèle; ces coccus occupent surtout les voies et les espaces lymphatiques, et en particulier le tissu connectif lâche qui sépare les uns des autres les îlots graisseux : ils sont très rares dans le chorion. L'auteur n'a pu en découvrir dans les vaisseaux sanguins.

Cette observation établit suivant l'auteur la transmission du microbe de l'érysipèle de la mère au fœtus.

H. DE BRINON.

I. — Diphtheria, par W.-Watson CAMPBELL (*Edinburgh med. journ., p.* 403, 1883).

II. — Beiträge zur Kenntniss der Diphtherie, par HEUBNER (*Jahrb. f. Kinderh., XXVI, Heft* 1).

III. — Nouveau moyen de diagnostic physique entre l'angine diphtéritique et les angines à plaques blanches, par d'ESPINE (*Rev. méd. Suisse romande, septembre* 1886).

IV. — Cas de diphtérie grave, par von SCHROETTER (*Berl. klin. Woch.*, 1er *novembre* 1888).

V. — Vorstellung eines Falles von diphtheritischer Lähmung (Paralysie diphtéritique), par HENOCH (*Ibidem*, 9 *août* 1886).

VI. — Disparition du bégaiement après une diphtérie pharyngée, par WASSILIEW (*Russkaïa med.* n° 11, 1886).

VII. — Ueber Gelenkentzundungen bei Diphtheritis (Inflammations articulaires dans la diphtérie, par BOKAI (*Soc. des méd. de Buda-Pesth*, 10 *avril* 1886).

VIII. — De la diphtérie consécutive à la rougeole, par Paul RENAULT (*Thèse de Paris*, 1886).

IX. — Traitement de la diphtérie, par DELTHIL (*Assoc. franç.*, *Congrès de Nancy*, 1886).

X. — Recherches sur le traitement du croup au moyen de fumigations par combustion d'essence de térébenthine et de goudron, par CADET DE GASSICOURT (*Soc. méd. des hôpit.*, 26 *mai* 1886).

XI. — Ein Beitrag zur Diphteriebehandlung... (Traitement de la diphtérie par l'essence de térébenthine), par G. SCHENKER (*Corresp.-Bl. f. schw. Aerzte*, 15 *septembre* 1886).

XII. — Tracheotomieresultate... (De la ventilation après la trachéotomie pour diphtérie), par RANKE (*Berl. klin. Woch.*, 26 *octobre* 1885).

XIII. — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie, par Daniel PATERNE (*Thèse de Paris*, 1887).

XIV. — The simplest and most efficient treatment of diphtheria, par W. DALY (*New York med. journ.*, 11 *septembre* 1886).

XV. — An analysis of 45 cases of diphtheria, par E.-C. CARTER (*Med. News*, 27 *novembre* 1886).

XVI. — Du sublimé dans la diphtérie, par WELCKER, KLEIN, KORBSEN, ROTHE, MASSEI (*Deut. med. Zeitung*, *n.* 6 *et* 17, 1887).

XVII. — Sublimat in der Diphtheritis, par STUMPF (*Münchener med. Woch.*, *n°* 12, 1887).

XVIII. — Behandlung der Diphtheritis mit Iodkalium, par STEPP (*Deut. med. Woch.*, *n°* 9, 1886).

XIX. — Contribuzione alla terapia della difterite, par C. TANVOLI (*Rome*, 1886).

I. — D'après ses observations cliniques, Campbell résume ainsi son opinion sur la diphtérie dans les propositions suivantes :

1° La diphtérie est primitivement une maladie locale. Les phénomènes généraux ne sont nullement en rapport avec les phénomènes locaux. Les lésions locales peuvent exister déjà alors que les phénomènes généraux sont encore nuls. W. Campbell l'a constaté souvent. En effet, toutes les fois qu'il constate l'existence de la diphtérie, il ne manque jamais d'examiner chaque jour la gorge de toutes les personnes de la famille. Il lui est souvent arrivé de reconnaître l'exsudat diphtérique chez des individus qui n'accusaient encore aucun phénomène général.

2° Il n'y a pas de période d'incubation. Les manifestations générales peuvent se produire dès que les symptômes locaux existent.

3° Il n'y a pas d'immunité conférée par une première atteinte, ce qui

tient, d'après lui, à ce que les muqueuses sont rendues plus susceptibles.

4° La diphtérie est due à l'existence d'un champignon. En effet, elle ne se développe pas là où l'air ne peut pas avoir accès.

Tout cela est de nature à influencer le traitement. L'auteur préconise surtout les gargarismes au permanganate de potasse qu'il emploie à peu près au soixantième (0gr,50 pour une once d'eau). Il insiste pour que le gargarisme soit employé aussi bien la nuit que le jour. ALBERT MATHIEU.

II. — Heubner a réuni tous les cas de diphtérie observés dans la ville de Leipzig depuis le 1er novembre 1884 jusqu'à la fin de décembre 1885 et expose dans son travail les résultats de cette statistique. Il y a eu 1,141 cas de diphtérie sur une population de 170,342 habitants (état de la population de la ville en décembre 1885); ce qui fait 5,7 pour mille. On a observé le plus de cas entre l'âge de 3 à 7 ans ; après 15 ans, les cas deviennent moins nombreux. La mortalité a été plus grande chez les enfants dans la 2e et la 3e année; elle a été encore considérable dans la 1re, la 5e, la 6e. Le sexe féminin a été plus souvent atteint que le sexe masculin, mais la mortalité a été plus grande dans ce dernier.

De plus Heubner a noté sur un plan de Leipzig, par rue et par maison, les cas de diphtérie, et il a trouvé que la maladie avait été répandue dans toute la ville presque uniformément, avec quelques foyers placés de distance en distance, dans les endroits où la population est plus dense, ainsi que dans les habitations neuves. C'est pendant les mois de novembre et de décembre 1884 que la mortalité a eu son maximum. BARBE.

III. — Ce moyen diagnostique consiste dans la présence d'un bacille qu'on trouve exclusivement dans l'angine diphtéritique et jamais dans les angines pultacée, scarlatineuse simple, herpétique, lacunaire. Ce bacille a les dimensions, la forme et les réactions colorées du bacille de Loeffler; on le rencontre surtout dans les fausses membranes du début. Quelquefois il est pur de tout mélange, d'autres fois associé aux micro-organismes des amygdales (leptothrix, microcoques divers). J. B.

IV. — Cet exemple de diphtérie anormalement grave a été observé sur le Dr Karis, assistant de von Schroetter. En trachéotomisant un enfant atteint de croup, Karis s'était infecté par l'intermédiaire d'une plaie qu'il avait. Dès le surlendemain, il est pris de fièvre violente, de coryza ; puis apparaissent sur tout le corps des pustules hémorragiques qui ne tardent pas à s'ulcérer. Ensuite se développent successivement sur le voile du palais, sur les lèvres, et enfin dans le larynx, des fausses membranes qui se désagrègent rapidement. Dysphagie durant trois semaines, nécessitant l'alimentation avec la sonde. Collapsus considérable. Inhalations d'essence de térébenthine et d'eau de chaux ; quinine à l'intérieur.

Dans la convalescence, se reproduit du gonflement de la paroi postérieure du larynx avec phénomènes de suffocation ; il y a en même temps reproduction d'un ulcère sur la paroi laryngée postérieure. A la suite d'un voyage dans le Midi, la convalescence fait de rapides progrès. Mais la gêne respiratoire est de plus en plus grande. Lors du retour de Karis à Vienne, von Schroetter constata que les cordes vocales sont soudées entre elles à leurs deux extrémités ; il sectionne les adhérences et pratique le cathétérisme avec des bougies en caoutchouc durci, qu'il continue encore. J. B.

V. — Fillette de 9 ans et demi, prise d'angine diphtéritique le 21 novembre ; trachéotomie d'urgence le 27. Albuminurie considérable. Le 1er décembre, paralysie du voile palatin ; vu la dysphagie, ablation de la canule. Le 7,

prostration, ralentissement (52), petitesse et irrégularités du pouls qui, les jours suivants, varie beaucoup de fréquence et de tension ; accès syncopaux réitérés nécessitant des injections camphrées. Puis le pouls remonte à 96 ou 104 pulsations et acquiert de la tension, mais alors surviennent des troubles respiratoires. Respiration courte, rapide et fréquente (52) sans rien à l'examen de la poitrine ; vomissements, diminution de l'albuminurie. Les symptômes prédominants étaient une faiblesse extrême et des attaques hypothermiques incessantes ; il y avait de l'aphonie et la dysphagie était telle, qu'il fallait alimenter l'enfant avec la sonde. Sous l'influence d'une médication appropriée, l'état s'améliora. Le nombre des inspirations, qui était encore de 68 le 18 décembre, tomba le 23 à 36, le 25 à 30, le lendemain à 28 ; enfin, le 31, il était redevenu absolument normal. Mais les caractères du pouls restaient encore inquiétants. La petitesse était extrême et les syncopes toujours fréquentes. Le 2 janvier, paralysie brusque du côté gauche du corps et de la face, qui dure en s'atténuant de plus en plus jusqu'au 12 ; elle est remplacée alors par de l'ataxie des mouvements qui a maintenant disparu. En février, il n'existe plus trace de la paralysie palatine, mais le réflexe rotulien manque encore des deux côtés.

Sous le rapport pronostique, on peut répartir en trois catégories les paralysies cardiaques qui surviennent dans la diphtérie : 1° paralysies cardiaques à début très précoce, dès les premiers jours de la maladie, et dont le pronostic est aussi défavorable que possible ; 2° paralysies cardiaques à début plus tardif, mais brusque, en pleine santé, pour ainsi dire, et s'accompagnant de fréquence considérable du pouls ; ici l'issue fatale est immanquable ; 3° paralysies cardiaques se développant plus lentement, alors qu'il existe déjà d'autres phénomènes paralytiques ; leur pronostic est le moins fâcheux, et dans ces cas les injections de strychnine rendent de grands services.

Dans la discussion, *Senator* cite deux cas de paralysie diphtéritique présentant tous les symptômes d'une paralysie bulbaire ; l'un d'eux a guéri ; à l'autopsie de l'autre, il n'y avait pas de lésions macroscopiques.

Frœntzel, chez un grand nombre de diphtéritiques, a constaté de la dilatation du cœur et de l'irrégularité de ses battements, sans que les enfants s'en ressentissent le moins du monde.

Henoch, au contraire, n'a jamais observé de dilatation cardiaque. J. B.

VI. — L'enfant avait 5 ans, il bégayait considérablement depuis 3 ans ; la diphtérie amena la guérison du bégayement à l'âge de 9 ans, il ne s'était encore produit aucune récidive. Ce fait curieux irait, selon l'auteur, contre l'opinion qui fait du bégayement une affection d'origine centrale. R. C.

VII. — On a signalé les épanchements de sérosité dans les articulations des diphtériques, épanchements comparables à ceux qu'on observe dans la scarlatine.

Les arthrites suppurées peuvent être aussi la conséquence de la diphtérie. L'auteur en a observé deux cas mortels.

Les malades eurent d'abord des signes de phlegmon suppuré du cou, puis survinrent les arthrites avec infection purulente et mort rapide.

Ce sont là des arthropathies d'origine infectieuse, comme celles de la scarlatine. L. GALLIARD.

VIII. — La diphtérie consécutive à la rougeole est d'une extrême gravité ; la plupart des petits malades meurent d'infection ou de bronchopneumonie ; au-dessous de 2 ans, la mort est presque certaine.

Cependant, Renault rapporte une statistique de 13 cas de guérison de

croups morbilleux, dont 9 ont été opérés. Toutefois, il faut remarquer que cette guérison, absolument exceptionnelle, ne s'obtient que lorsqu'il s'agit d'enfants ayant dépassé la quatrième année, auparavant bien portants, ayant eu depuis plusieurs jours une rougeole régulière, atteints de croup isolé, opérés sans accidents (ou mieux ayant pu se passer de l'opération) et chez lesquels la bronchite ne s'est pas compliquée de broncho-pneumonie étendue. E. DESCHAMPS.

IX. — Delthil a traité jusqu'ici 134 malades par son procédé (voy. *R. S. M.*, XXVI, 65) et a obtenu 126 guérisons. Il n'y a eu dans l'entourage de 670 personnes, approchant à divers titres les malades, que 3 cas bénins de contagion.

Delthil tire de ces faits diverses conclusions : la durée de l'incubation diphtéritique serait de 5 jours ; mais les matières diphtéritiques sont contagieuses même après un an. Il est disposé à admettre l'analogie de la diphtérie de l'homme et de celle des basses-cours. A. C.

X. — Les malades mis en observation occupaient une salle mesurant 28 mètres environ, que remplissait la fumée de térébenthine ; tout d'abord Cadet a constaté que ces fumées ne dissolvaient aucunement les fausses membranes, comme le fait l'eau de chaux, et se bornaient à les noircir.

Il a soumis au traitement 12 malades dès que la période de tirage permanent avait commencé ; 4 d'entre eux ont guéri après l'opération devenue nécessaire ; 8 autres, opérés, sont morts.

Il conclut que l'action des fumigations n'est nullement avantageuse et que, dans aucun cas, elle n'a permis de ne pas recourir à la trachéotomie ; que dans aucun elle n'a amené la moindre amélioration ; que, bien au contraire, la toux, la dyspnée, ont paru plutôt provoquées par la fumée noire. Quant à la fumigation après la trachéotomie, c'est un vrai supplice qu'on inflige aux malades. En résumé, résultats mauvais. H. L.

XI. — Chez 36 enfants atteints d'angine diphtéritique, Schenker a eu recours à l'emploi de l'essence de térébenthine qu'il administrait à la fois par la bouche (de 10 gouttes à une cuillerée à café, de 1 a 3 fois par jour) et en inhalations. Il n'a eu que 5 décès, soit une mortalité de 13,88 0/0 ; 4 de ses malades ont dû être trachéotomisés et ont guéri.

Comme médications adjuvantes, il employait les agents antipyrétiques et les spiritueux (*R. S. M.*, XXVI, 259). J. B.

XII. — Sur 45 trachéotomies pratiquées pour diphtérie pharyngo-laryngée, Ranke a eu 26 guérisons, soit une proportion de 57 0/0, et sur 9 cas de croup d'emblée trachéotomisés, 8 ont guéri, soit 88 0/0. Tels sont les résultats de l'aération méthodique.

Depuis une dizaine d'années en effet, Ranke traite tous ses cas de diphtérie, avant ou après trachéotomie, par une ventilation systématique. A cet effet, deux pièces sont affectées au traitement de chaque malade, et l'une d'elle est aérée en permanence. Le malade passe plusieurs fois par jour d'une pièce dans l'autre. En outre, les diphtériques prennent des gargarismes phéniqués et un peu de chlorate de potasse.

Ranke opère de bonne heure les enfants, dès qu'ils ont eu un ou deux accès de suffocation. Le traitement secondaire consiste en inhalations de vapeur d'eau et changements biquotidiens de la totalité de la canule.

Dans la discussion, Rauchfuss déclare qu'il considère aussi la venti-

lation comme une chose très importante, mais qu'il est contraire aux changements fréquents de canule qui occasionnent souvent de la fièvre.

J. B.

XIII. — Relation d'une épidémie de diphtérie à Orléans, où les 30 cas (29 croups), traités par l'auteur, par les vaporisations antiseptiques, ont donné les résultats remarquables de 24 guérisons. Paterne emploie la méthode de Renou, de Saumur (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1883); vaporisation d'un mélange d'acides phénique, benzoïque et salicylique, en la modifiant un peu.

Il se sert d'une solution phéniquée à 5 0/0 avec quelques feuilles d'eucalyptus. A. C.

XIV. — Le meilleur médicament contre la diphtérie est, d'après Daly, le calomel. Il faut le donner à l'état de pureté, le prescrire à hautes doses et à doses répétées, et se garder de l'associer à d'autres médicaments. On obtiendra des évacuations intestinales copieuses et pas de salivation. Le malade pourra prendre des aliments légers et nourrissants. L. GALLIARD.

XV. — Sur ces 45 cas, 33 ont été traités par le sublimé, localement et à l'intérieur; tous ont guéri. Il y a eu 12 cas de paralysie (8 paralysies de l'accommodation, 1 du palais, 2 des membres) toutes chez des enfants.

Sur les 11 cas traités par d'autres moyens (eau de chaux, perchlorure de fer, etc.) on compte 4 morts, un cas de paralysie du voile devenue incurable, chez une femme de 26 ans. A. C.

XVI. — Welcker a obtenu de bons résultats avec le sublimé. Massei a été un des premiers à user de cet agent; en 1875, il avait fait connaître les résultats de sa tentative.

Klein est moins enthousiaste que Welcker et n'a pas obtenu des effets aussi bons. Kortsen et Rothe préfèrent au sublimé le cyanate de mercure. A. C.

XVII. — Stumpf a employé le sublimé dans 31 cas de diphtérie : 9 cas de diphtérie scarlatineuse, 5 cas de diphtérie avec croup, 20 cas d'angine seulement. Il n'a perdu que 2 malades. Le sublimé est employé en pulvérisation fréquemment répétées, avec une solution variant de 1/2 à 1 ou 2 0/0, suivant l'âge des malades. A. C.

XVIII. — Stepp dit avoir employé avec succès l'iodure de potassium dans seize cas de diphtérie. La dose doit dépendre non seulement de l'âge du sujet, mais de l'intensité de la maladie. L'auteur prescrit une solution de 4 à 10 0/0 et en donne une cuillerée par heure. L. GALLIARD.

XIX. — Tanvoli préconise les insufflations de soufre et relate quelques cas de guérison par cette méthode. A. C.

Note sur une épidémie de tournioles développées par contagion dans une école, par AUDRY (*Lyon méd.*, 24 *octobre* 1886).

Dans une école comptant 800 élèves, 12 enfants et la maîtresse furent prises successivement de tournioles sans gravité. Toutes étaient dans la même classe : l'origine du premier cas est restée inconnue. Audry admet qu'il s'agit là d'une contagion microbienne. Le pus des tournioles qu'il a cultivé a montré la présence de staphylococcus et de streptococcus.

A. C.

Ueber Vorkommen, Bedeutung und Behandlung der Phimose bei Kindern (**De l'apparition, de la signification et du traitement du phimosis chez les enfants**), par **WITTELSHÖFER** (*Wiener med. Wochenschrift*, *p.* 153, *n°* 6, 1887).

L'auteur s'élève contre l'opinion de Schmid (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1885, n° 28) qui veut que la hernie ombilicale des enfants soit la conséquence du phimosis, à cause des efforts répétés que le sujet fait pour vider sa vessie. Les observations qu'il a faites sur 295 enfants, dont 152 garçons au-dessous de 2 ans lui ont montré 18 cas de phimosis, dont 9 sans complication, 2 avec hernie ombilicale, 4 avec hydrocèle, 1 avec ces deux affections, 1 avec hernie inguinale, 1 avec hernie inguinale et ombilicale.

Dans une statistique d'enfants atteints de hernies ombilicales, il a trouvé 5 garçons sans phimosis et 3 avec phimosis.

L'auteur expose, en outre, son procédé qui consiste dans l'incision linéaire sur le dos du prépuce. BARBE.

Ueber den therapeutischen Werth der Coca-Præparate im Kindesalter (**Sur la valeur thérapeutique de la coca dans l'enfance**), par **POTT** (*Jahresbericht für Kinderheilk.*, *Band XXIV*, *Heft* 1 *et* 2).

Parmi les préparations de coca, on employa la teinture de coca, l'extrait de coca et le chlorhydrate de cocaïne. Ce médicament fut reconnu comme stomachique, antinervin et anesthésique. La teinture de cocaïne fut donnée à 50 enfants, de moins de 2 ans, dans l'entérite, la gastro-entérite et le choléra nostras.

Suivant l'âge de l'enfant, on donna toutes les heures, ou toutes les deux heures, de 5 à 20 gouttes, sans aucun inconvénient. Même dans les cas où par suite de choléra nostras, il y avait du collapsus, les petits malades se sont vite remis, contre toute attente, au bout de 12 à 24 heures. Après la dose de 50 à 100 gouttes, les vomissements cessèrent, la diarrhée disparut et l'appétit revint. La coca s'est montrée sans efficacité aucune dans les maladies du poumon, ainsi que dans les névroses.

C'est dans la coqueluche que les solutions de cocaïne ont donné les plus brillants résultats. Il a suffi de faire deux à trois badigeonnages avec une solution à 5 0/0 pour faire tomber dans 15 cas le nombre des accès de 20 à 3 par jour. On peut espérer abréger de plusieurs semaines la durée de la maladie. BARBE.

DERMATOLOGIE.

Zur Casuistik der Erythema nodosum malignum (**Sur l'érythème noueux malin**), par **SCHMITZ** (*Wiener med. Blätter.*, *n°* 8, *p.* 239, 1887).

Schmitz a observé trois cas d'erythème noueux, dont deux furent suivis de tuberculose pulmonaire :

Le premier cas était une enfant de 7 ans et demi, sans antécédents morbides, qui tomba malade le 10 décembre 1881. Elle fut prise de douleurs articulaires

et de vomissements répétés, suivis de fièvre. Le 13, survint une éruption qui fut reconnue le 15, par S..., pour de l'érythème noueux ; elle se montra sur les jambes et les bras. La température, qui s'était maintenue élevée devint irrégulière, atteignant 40° pour tomber à 37-36-35°,1. Il n'y avait rien au poumon ; la rate n'était pas augmentée de volume. La quinine n'eut aucun effet, le salicylate de soude fut d'une action douteuse sur la température. Au commencement de janvier, il survint des douleurs à la nuque, des vomissements incessants ; la tête était fortement rejetée en arrière. L'éruption persistait toujours, puis il y eut de nouveau de vives douleurs aux extrémités.

Malheureusement, S... perdit l'enfant de vue ; il apprit que celui-ci avait succombé à des accidents de phtisie pulmonaire. Il n'y eut pas d'autopsie.

Le second cas concerne l'enfant de l'auteur, sans antécédents tuberculeux. Après trois jours de fièvre, il survint, le 22 décembre 1882, une éruption d'érythème noueux aux jambes, qui dura trois semaines. Le 10 février, la fièvre reparut avec la même éruption ; épistaxis répétée. Tandis que l'éruption pâlissait, la fièvre persistait entre 38 et 39°, l'enfant s'affaiblissait. Le 17, cris hydrencéphaliques, la nuit ; le 20, vomissements ; le 23, convulsion, coma ; mort le 28.

L'autopsie faite par le Dr Frankenhauser montre une méningite tuberculeuse, une granulie pulmonaire et ganglionnaire avec généralisation dans tous les viscères. Six semaines après, un enfant de 4 ans, qui avait couché dans la chambre de l'enfant, fut pris de fièvre, d'érythème noueux, avec foyers pneumoniques dans le poumon gauche. La guérison survint à la fin de mai. C'est peut-être là un cas de contagion.

Le troisième cas est celui d'un garcon de 7 ans, de bonne santé, mais ayant des antécédents héréditaires scrofuleux, qui fut pris, le 12 décembre 1885, de fièvre et, quatre jours après, d'érythème noueux. La température, qui était tombée le troisième jour de l'éruption, remonta le lendemain avec nouvelle éruption. A partir de ce moment, la température fut très irrégulière, des douleurs très vives survinrent dans la longueur des jambes. Le 18, la rate augmenta de volume, puis elle revint en trois jours à son état normal. Catarrhe intestinal qui dura une semaine. Sueurs à la tête, puis apyrexie. Convalescence longue.

L'auteur conclut à la nature infectieuse de la maladie et pense qu'il serait temps de rayer cette affection du cadre de la dermatologie pour la placer au nombre des maladies infectieuses. BARBE.

Note sur une variété d'érythème passager survenant chez les individus soumis à la médication chloralique et alcoolique, par BARBILLION (*Archives de physiologie, 1er janvier* 1887).

Barbillion décrit une variété d'érythème que l'on observe de préférence chez les enfants, à la suite de l'administration du chloral seul, de l'alcool seul, et surtout à la suite de l'administration de ces deux agents réunis. L'éruption se produit presque fatalement dans les circonstances suivantes : un enfant de 4 à 8 ans prend chaque jour 2, 3 ou 4 grammes de chloral par doses fractionnées, de façon à être d'une façon permanente sous l'influence du médicament; vient-on à lui administrer de l'alcool sous la forme de vin de quinquina, de vin de Bagnols, de rhum ou de potion de Todd, dans le quart-d'heure ou la demi-heure qui suit l'ingestion de l'alcool, l'exanthème apparaît.

Cet exanthème est essentiellement caractérisé par des plaques d'un rouge vif, irrégulièrement disséminées sur la surface du corps, passagères, apparaissant et disparaissant rapidement, et pouvant être repro-

duites avec une grande facilité. C'est ordinairement à la face que commence à apparaître la rougeur. Elle peut y rester localisée; mais pour peu que l'éruption soit un peu intense, elle ne tarde pas à s'étendre à d'autres parties du corps. Les conjonctives, la muqueuse buccale et parfois la muqueuse pharyngée deviennent le siège d'une rougeur vive. L'haleine est chaude, spiritueuse, avec un parfum de pomme de reinette qui rappelle l'odeur du chloroforme. Ce caractère de l'haleine n'existe que pendant la poussée éruptive; il disparaît dans l'intervalle. C'est aussi pendant la poussée éruptive que l'on peut noter des modifications de la circulation et de la respiration. La durée de l'éruption varie d'un quart d'heure à plusieurs heures. Elle ne laisse aucune trace habituellement; mais à la longue, la peau devient le siège d'une desquamation furfuracée, parfois assez prononcée. A. GILBERT.

Des manifestations cutanées de l'urémie, par PERSY (*Thèse de Paris*, 1887).

L'auteur élimine d'abord les éruptions infectieuses ou même pathogénétiques que l'on a rattachées à tort à l'urémie, alors qu'il s'agissait seulement de coïncidences morbides ou plutôt d'états connexes et contemporains, unis seulement par leur communauté d'origine, exemple : le prurit et l'eczéma dans la néphrite interstitielle. Certaines variétés de prurit grave dont il rapporte plusieurs observations, l'urticaire peut-être, sont légitimement attribuables à l'insuffisance rénale. La roséole, l'érythème papuleux sont plus fréquentes que l'urticaire. Les *urémides* sont dues vraisemblablement à l'exagération de l'élimination par le tégument externe ou au passage anormal par cet émonctoire de résidus organiques habituellement excrétés par la voie rénale. Les furoncles, l'ecthyma, le purpura s'observent également, mais ne dépendent pas de l'urémie. Des éruptions bulleuses peuvent accompagner les grandes attaques d'encéphalopathie urémique; elles doivent entrer dans le groupe des pemphigus nerveux. F. BALZER.

Des ulcérations intestinales dans l'érysipèle cutané, par JUÉRY (*Thèse de Paris*, 1887).

L'auteur rapporte plusieurs observations personnelles ou recueillies dans les auteurs (Larcher, Potain, Malherbe, etc.), montrant que des ulcérations intestinales s'observent parfois dans l'érysipèle de la face, bien que ces lésions ne causent, pendant la vie, aucun symptôme qui puisse les faire soupçonner. Ces ulcérations sont arrondies et d'une évolution variable; elles siègent assez souvent dans le duodénum, mais non d'une manière exclusive. On peut les trouver dans le cœcum et même dans le colon. L'auteur discute leur pathogénie, et croit qu'on ne peut expliquer leur développement d'une manière satisfaisante que par la théorie microbienne. Dans l'observation personnelle qu'il rapporte, les ulcérations étaient au nombre de quinze. F. BALZER.

On a case of urticarial asthma, par D. PRYCE (*The Lancet*, 22 *mai* 1886).

Jeune garçon de 16 ans, bien portant, n'ayant pas d'antécédents arthritiques, admis à l'hôpital pour y être opéré d'un phimosis. Deux jours après l'opération, le prépuce était enflammé et tuméfié; on prescrit un cataplasme de farine de lin. Peu d'instants après l'application de ce dernier, le malade com-

mence à se plaindre d'une vive irritation et de démangeaisons insupportables, d'abord au niveau des parties recouvertes par le cataplasme, puis sur tout le corps. Bientôt paraît une éruption d'urticaire, qui débute sur l'abdomen pour s'étendre à la tête, au cou et aux autres régions. En même temps, le malade accuse une gêne de la respiration, qui augmente avec l'éruption cutanée et ne tarde pas à devenir une dyspnée violente. Le même jour, autre accès semblable ; le lendemain et les jours suivants, mêmes accidents. Le cinquième jour, le malade présente une éruption intense d'urticaire tout à fait caractéristique, et un accès d'asthme bien dessiné, avec orthopnée. La muqueuse bucco-pharyngienne et celle du nez présentent des plaques rouges saillantes, les unes à bords diffus, les autres nettement circonscrites ; ces plaques se voient notamment sur le voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx ; voix enrouée et indistincte. Un purgatif salin, suivi d'un traitement arsenical, fit disparaître promptement ces accidents, que l'auteur considère comme l'expression d'une éruption d'urticaire dans les bronches. H. BARTH.

Beiträge zur Anatomie und Pathogenese der Urticaria simplex und pigmentosa, par UNNA (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 805, 15 *novembre* 1886).

Unna a eu l'occasion d'observer un cas d'urticaire pigmentée, chez un garçonnet de 2 ans. L'affection avait débuté, à l'âge de 3 mois, par des élevures rouges, un prurit intense et une teinte de plus en plus brune des téguments malades. De tout le corps, l'éruption ne respectait que les mains.

A l'examen histologique, Unna a constaté l'existence d'une infiltration de cellules spéciales dans le tissu cortical, raréfié, du corps papillaire et d'une pigmentation de l'épiderme ; ce sont les lésions déjà signalées par Thin, Pick, G. et E.-F. Hoggan et Colcott Fox (R. S. M. XXIV, 555). Mais, en outre, sur beaucoup de coupes, il existait un œdème du corps papillaire, siégeant entre les cellules et non pas à leur intérieur. Ces cellules polygonales spéciales sont des cellules d'engraissement qui composent la masse principale des papules persistantes de l'urticaire pigmentée.

Sur une élevure d'urticaire simple produite par des orties, Unna a pu constater que l'exsudat siégeait principalement dans la couche profonde. J. B.

De quelques formes rares d'urticaire, par E. RAPIN (*Revue médic. Suisse romande, VI*, 673 *et* 746, *novembre et décembre* 1886).

C'est à tort, selon Rapin, que Féréol et à sa suite Troisier, etc. (*R. S. M.*, XX, 606) ont rattaché au rhumatisme, certaines nodosités cutanées éphémères. Pour lui, ces œdèmes circonscrits et fugaces de la peau ne sont autre chose que l'urticaire géante de Milton (*R. S. M.*, IX, 650), forme d'éruption ortiée insolite par ses dimensions, sa localisation (mains, front, cou, surtout) et son caractère prurigineux peu marqué. Dans la malade, qui fait l'objet de la première observation de Rapin, l'urticaire géante coexistait avec des crises gastro-intestinales faisant songer à une urticaire interne.

Quant à l'urticaire interne, Rapin croit qu'elle a pour siège unique la muqueuse du tube digestif, dont elle peut occuper toutes les régions. L'existence d'une urticaire des bronches lui paraît très douteuse, l'anxiété

et la dyspnée s'expliquant suffisamment par une urticaire du pharynx et de l'œsophage et les sensations douloureuses qu'elle détermine.

Enfin l'urticaire et la migraine lui paraissent provenir de la même souche diathésique. J. B.

Das klimaterische Ekzem (**L'eczéma de la ménopause**), **par BOHN** (*D. Arch. f. klin. med., Band XXXIX, p.* 613).

Les femmes, au moment de la ménopause, seraient fréquemment atteintes d'un eczéma assez particulier dans sa localisation et sa forme. Il siège le plus souvent sur les oreilles et le cuir chevelu, débordant très peu sur le front, rarement aux extrémités, jamais sur le tronc. C'est surtout un eczéma suintant très prurigineux, qui laisse quelquefois après lui de l'eczéma squameux, ce qui ne lui est nullement particulier. Cet eczéma récidive facilement. Bohn recommande, pour le traitement, le précipité blanc à l'extérieur et l'arsenic à l'intérieur. A. MATHIEU.

De la résorcine dans l'eczéma, par H.-P. CHACE (*Therapeutic Gazette, n°* 11, *p.* 755, *novembre* 1886).

Dans 2 cas d'eczéma l'un généralisé, l'autre qui n'avait respecté que les jambes, l'auteur, après avoir épuisé toutes les médications pendant 4 à 6 mois, employa un mélange de résorcine et de glycérine matin et soir. Au bout de 48 heures, il y eut une amélioration marquée et au bout d'une semaine, ces malades purent vaquer à leurs occupations.

Sur 6 autres cas d'eczéma localisé, Chace obtint de la sorte 5 guérisons complètes et une amélioration; dans ce dernier cas, la malade n'avait pu suivre le traitement avec régularité. P. PARISOT.

Lo stirace liquido nella cura dell'eczema, par FALCONE (*Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle, fasc.* 1, 1887).

Le styrax liquide employé déjà par de Amicis, rend de grands services dans le traitement de l'eczéma. L'auteur l'emploie associé à l'huile pure, et quelquefois à la pommade boriquée. On fait un pansement un peu serré de manière à avoir une température constante. Le traitement réussit instantanément dans les eczémas chroniques et suintants. Il réussit moins dans les cas d'eczéma symptomatique et échoue notamment chez les scrofuleux. F. BALZER.

I. — Zur Klinik und Therapie des Lichenruber, par UNNA (*Monatshefte f. prak. Derm.* 1885, *p.* 133).

II. — Sur le lichen ruber, par BROCQ (*Annales de dermatologie et de syph., août* 1886).

III. — Sur la question du lichen, par UNNA (*Ibid.*).

IV. — Sur le lichen ruber et le pityriasis rubra pilaire, par BROCQ (*Annales de dermatol. et de syph., n°* 10, 1886).

I. — Unna publie dans ce travail 14 observations de lichen ruber. Il en distingue 3 variétés : *lichen ruber acuminatus, obtusus, planus.* Le lichen ruber acuminatus est caractérisé par des petites papules prurigineuses, rouges, brillantes, acuminées, squameuses à leur sommet. Elles rendent souvent la peau ansérine, rugueuse, donnant à la main la sen-

sation d'une râpe. Autour d'elles, la peau est normale, mais fréquemment aussi, rouge, érythémateuse. La marche est aiguë : le lichen ruber acuminatus survient souvent après des sueurs profuses. Bien traité, il peut se localiser et tourner court ; non traité, il s'étend graduellement, envahit même la face et les mains. Il devient même chronique, les ongles s'altèrent, les cheveux tombent, le malade maigrit et finit par succomber, soit dans le marasme, soit par phthisie pulmonaire. L'arsenic donne de bons résultats à doses élevées ou en injections sous-cutanées (Köbner). Cependant Unna préconise surtout les applications d'acide phénique et de sublimé (onguent de zinc benzoïné, 500 ; acide phénique, 20 ; sublimé, 0,5 à 1). L'effet de cette méthode est rapide (1 à 4 semaines suivant l'ancienneté des cas).

Le lichen ruber obtusus est constitué par des papules de 3 à 5 millimètres de diamètre, demi-circulaires, à sommet aplati et déprimé, dures, sèches, brillantes, d'un aspect cireux, transparentes, violacées ou d'un rouge brunâtre, non squameuses. Il est moins prurigineux que le précédent et s'étend progressivement, parfois d'une manière excentrique. Il est suivi de taches brunâtres, pigmentées. L'état général est moins atteint que dans la variété précédente. L'arsenic réussit encore bien. Il vaut mieux avoir recours aux applications locales, soit avec la pommade précitée, soit avec des solutions de chrysarobine, de sublimé, de collodion salicylé, etc...

Dans le lichen planus, les papules sont aplaties en forme d'assiette, d'étendue très variable, elles ont de 6 millimètres à 2 ou 4 centimètres de diamètre, les squames sont très minces, il n'y a pas de dépression centrale, mais des points blancs à la surface. La lésion est plus profonde que pour les deux variétés précédentes, le corps papillaire est intéressé et non pas seulement l'épiderme et ses annexes. Elle peut s'indurer, gagner en surface et en profondeur. L'arsenic et le traitement local, surtout, doivent être prescrits. Les types mixtes L. obtusus et planus, L. acuminatus et planus, L. acuminatus et obtusus peuvent s'observer.

II.— Dans une critique très serrée, Brocq fait remarquer que cette description s'appuie peut-être trop exclusivement sur la forme de l'éruption, pas assez sur la marche et l'évolution de la maladie. Il accepte facilement le lichen obtusus et le lichen planus de Unna, mais il dit que ces deux formes éruptives peuvent rentrer dans la description du lichen planus, telle qu'elle est donnée par la plupart des auteurs français. Quant au lichen acuminatus, son existence lui paraît moins prouvée. Des papules de lichen acuminatus peuvent accompagner, dit-il, les éléments éruptifs du lichen planus, mais nous ne connaissons pas en France le lichen acuminatus pur des auteurs allemands. Ceux-ci paraissent confondre avec lui le pityriasis rubra pilaris de Devergie, affection qui doit être séparée du lichen ruber et décrite à part. F. BALZER.

III. — En réponse à la critique de son travail par Brocq, l'auteur allemand précise davantage quelques points de sa description du lichen ruber. Deux caractères lui paraissent avoir une grande importance : la papule rouge, un peu squameuse du lichen ruber acuminatus, ne se transforme jamais en vésicule ou en pustule ; les éléments du lichen ruber acuminatus disparaissent quelquefois lorsque la peau qui les entoure devient rouge et tuméfiée. Cette transformation n'appartient pas

aux deux autres variétés de lichen. Le lichen ruber acuminatus est d'un pronostic grave, en raison de sa marche relativement aiguë. Les deux autres variétés, à marche moins rapide, ont plus de tendance à se circonscrire. Les sujets qui succombent dans le lichen arrivent au dernier degré du marasme avec perte des cheveux, des ongles, rougeur générale du corps, avec squames, etc... Unna oppose cette gravité du lichen ruber acuminatus à la bénignité habituelle du pityriasis rubra pilaris.

IV. — Dans une courte réplique à la réponse de Unna, Brocq dit que, malgré les nouvelles explications de Unna, il croit devoir maintenir les conclusions précédemment posées par lui. F. BALZER.

On lichen annulatus serpiginosus, par Colcott FOX (*Brit. med. j., p.* 60, *janvier* 1887).

L'auteur insiste sur la nature du lichen annulaire serpigineux décrit par Wilson. Pour lui, cette éruption, dont le siège bien connu est le tronc, le dos et la poitrine, s'accompagne presque toujours de séborrhée, et n'est nullement d'origine parasitaire, comme on l'a dit.

Les arguments de Fox sont les suivants : Le lichen annulaire coexiste constamment avec la séborrhée de la tête et de la face. En ces régions, il ne se montre pas avec cet aspect; mais au dos, il devient papuleux et annulaire et ressemble de loin à des plaques de pityriasis versicolor. Les follicules glandulaires sont ordinairement congestionnés, et ils se montrent souvent au centre de l'anneau, sous forme de petites saillies acnéiques.

H. R.

Herpétide maligne exfoliatrice consécutive à un psoriasis, par Paul RAYMOND (*Annales de dermatologie, n°* 1, 1887).

T... ménagère, 53 ans, atteinte de psoriasis depuis l'âge de 24 ans, a eu diverses poussées qui ont cédé au traitement. En février 1886, nouvelle poussée plus étendue, en larges plaques, à extension progressive. L'urine est albumineuse, et l'on admet l'existence d'une néphrite interstitielle. Bientôt la dermatite se généralise avec frissons, fièvre à 38° ou 38°,5, desquamation lamelliforme abondante, fendillement de la peau, pas de chute des ongles, ni des poils. A la fin, grandes souffrances, délire, diarrhée. Mort dans le coma le 19 juillet. A l'autopsie, néphrite interstitielle avec atrophie, poche kystique; le rein gauche ne pèse que 30 grammes. L'examen histologique de la peau montre l'infiltration du derme et des papilles par des cellules embryonnaires, et des altérations peu caractéristiques de l'épiderme, réfringence, état vésiculeux des cellules du réseau de Malpighi, amincissement du stratum granulosum, épaississement de la couche cornée. F. BALZER.

Ueber Zoster und Herpes facialis und genitalis, par EPSTEIN (*Vierteljahr. für Derm. und Syph., Heft* 4, 1886).

L'auteur traite dans ce travail du zona, de l'herpès facial et génital. Il rappelle, sur ce sujet, les travaux de Gerhardt, Bœrensprung, Fernet, Landouzy, Diday et Doyon, etc. Ces diverses formes d'herpès sont toutes en rapport avec les fines terminaisons nerveuses, ainsi que Gerhardt l'a admis pour le zona. Il en résulte qu'entre celui-ci et les herpès de la face et des parties génitales, il n'existe pas de différence essentielle, au moins au point de vue anatomique. F. BALZER.

Vorstellung eines Patienten mit Acne, par LEWIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 503, 26 *juillet* 1886).

Ce qui constitue la particularité de ce cas d'acné, c'est que le malade offre à la face plusieurs bourrelets dont 2 assez volumineux; l'un de ces derniers descend au milieu du front, de la naissance des cheveux à la racine du nez, en formant un cordon de la grosseur d'un tuyau de plume, tandis que l'autre, placé au milieu de la région sous-maxillaire gauche, représente une tumeur arrondie, du volume d'une noix, bosselée et formant plusieurs lobes. L'un et l'autre bourrelets sont entourés par un tissu cicatriciel d'un blanc nacré et résultent, comme les autres lésions, de l'affection des glandes sébacées. Voici, en effet l'évolution du processus. Il se produit d'abord une nodosité ayant l'aspect de l'acné varioliforme, puis la glande sébacée s'ulcère en donnant lieu à une cicatrice du tissu conjonctif cutané. A côté de cette cicatrice, persiste un petit pont cutané constitué par la peau qui passe au-dessus de la glande. L'ulcération des glandes les plus voisines et la formation de nouveaux ponts cutanés donnent naissance à ces bourrelets bizarres. On voit d'ailleurs, chez le même malade, d'autres phases de l'affection des glandes sébacées : de nombreux comédons, de l'acné sébacé, de l'acné induré et des pustules desséchées d'acné varioliforme. Entre deux, on aperçoit des cicatrices isolées ou confluentes, et les ponts cutanés qui les surmontent et qui représentent les bourrelets à leur début.

Lewin profite de l'occasion pour indiquer le traitement qui lui a souvent réussi dans les différentes formes d'acné. Exclusion de la bière et des aliments gras (lait, fromage, beurre, etc.) et administration quotidienne de 2 ou 3 petits verres de bonne eau-de-vie de grain. Cette dernière prescription est basée sur la remarque de Hebra que les buveurs d'eau-de-vie ont le teint plus frais que les buveurs de bière.

Quant au traitement local, c'est l'accessoire pour Lewin. Il n'intervient que si l'inflammation s'étendant dans la profondeur du tissu cutané, donne lieu à un acné pustuleux ressemblant au furoncle : alors il enfonce dans le foyer purulent un fil d'argent imprégné de nitrate d'argent. C'est du reste le même traitement qu'il applique à la furonculose. J. B.

Étude sur la sclérodermie, par BOUTTIER (*Thèse de Paris*, 1886).

Cette importante thèse est trop riche en documents et en observations personnelles pour que l'on puisse en rendre facilement compte. L'auteur distingue deux grandes variétés : la sclérodermie peut être généralisée ou localisée. Elle présente dans ce dernier cas plusieurs types secondaires : sclérodactylie, sclérodermie en plaques ou morphée, sclérodermie en bandes. Ces diverses formes ne sont pas complètement indépendantes les unes des autres ; elles peuvent s'associer entre elles ou avec d'autres affections similaires, notamment avec la maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités, l'érythromélalgie de Weir Mitchell, l'hémiatrophie faciale, le vitiligo. La sclérodermie débute toujours par la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; elle est caractérisée, après une période de troubles prémonitoires, par une hypertrophie avec induration de la peau et du tissu cellulaire à laquelle succède une atrophie complète. Les lésions peuvent atteindre le périoste et l'os. Sans être absolument affirmatif, l'auteur croit qu'en s'appuyant sur l'examen des lésions, on peut rapprocher de la sclérodermie l'ainhum et les amputations congénitales. Pour lui, la sclérodermie peut être considérée

comme une trophonévrose due à une altération, tantôt des centres nerveux et du grand sympathique, tantôt des nerfs périphériques. L'état de grossesse ou la parturition fréquente prédisposent au développement de la sclérodermie. Elle est tout à fait distincte des scléroses cutanées secondaires à des altérations ou à des épanchements du sang, comme dans le scorbut, ou à d'autres affections de la peau, comme de vieux eczémas. F. BALZER.

Mycosis fungoïdes, par H. KÖBNER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 39, *p.* 669, 1886).

L'auteur a publié (*R. S. M.* XXIX, 192) ses recherches histologiques et bactériologiques sur le mycosis fongoïde. C'est au point de vue clinique qu'il envisage ici deux observations.

Dans la première, il s'agit d'un cas bénin chez un homme de 61 ans, avec des tumeurs rares et peu étendues, sessiles, sans troubles de l'état général, sans leucocytose. Sous l'influence de l'arsenic, l'auteur a obtenu, au bout d'un mois, la diminution des tumeurs, et au bout du second mois, la guérison complète. C'est là un résultat remarquable. L'auteur n'a pas de doute sur le diagnostic, car il a examiné au microscope une des tumeurs. Comme la guérison s'est effectuée depuis plus de trois ans, il a pu se convaincre à plusieurs reprises du bon état du sujet.

Le second sujet est semblable à ceux des auteurs. C'est une femme de 66 ans, chez qui l'on voit, en une année, la succession des 4 périodes de la maladie : érythème et eczéma, infiltration cutanée en plaques, tumeurs fongoïdes, ulcérations, cachexie et mort. Pas de multiplication des globules blancs du sang. Rate peu tuméfiée (10 centimètres de longueur et 6 de largeur). Pas de gonflement des ganglions lymphatiques, sauf au niveau des aines.

L'examen histologique a porté sur les tumeurs cutanées; l'auteur y a reconnu le tissu adénoïde; mais on peut lui reprocher d'avoir négligé l'étude microscopique des viscères où il aurait constaté peut-être des infiltrations leucocytiques.

Il n'admet pas l'assimilation du mycosis et de la lymphadénie cutanée, et proteste aussi contre la confusion qu'on tend à établir avec le sarcome de la peau. Il croit, malgré l'insuccès des recherches bactériologiques, à la nature parasitaire de la maladie. L. GALLIARD.

Vorstellung eines Falles von multiplen Hautsarkomen der Extremitaeten (Sarcomes pigmentaires multiples de la peau des membres; traitement par l'arsenic) par KŒBNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 193, 22 *mars* 1886).

Homme de 64 ans, bien musclé et doué d'embonpoint ; pas d'hérédité. Quelques verrues pigmentées ou non, à la tempe gauche et à la paume de la main; nævus ardoisé, ressemblant à une grosse lentille plate, sur la face dorsale de l'avant-bras gauche.

Il y a 8 ans, il a remarqué pour la première fois, à la face interne de la jambe gauche, un peu au-dessous du milieu du mollet, une tache rouge bleuâtre, grosse comme une cerise, qui ne le gênait nullement. Depuis moins d'une année, des taches semblables sont apparues successivement, sur les poignets, en commençant par le gauche, sur la partie inférieure des jambes, aux pieds; en même temps, tous les membres sont devenus le siège de vives démangeaisons surtout nocturnes, et, dans les taches, le malade ressent souvent des élancements.

Depuis 2 mois, les taches présentent les caractères communs suivants : ce sont des saillies rouge bleuâtre, dures, pénétrant jusqu'au tissu sous-

cutané, indolores à la pression, sauf une, de la grosseur d'une noisette, au mollet droit; isolées, leurs dimensions varient entre un pois et une cerise; beaucoup sont groupées en figures irrégulières.

Quelques ganglions dans le triangle de Scarpa et au niveau du coude gauche. Pas de gonflement du foie ni de la rate.

Une des tumeurs ayant été excisée et examinée au microscope, fut reconnue pour un sarcome à cellules fusiformes, qui avait proliféré jusque dans le tissu sous-cutané et était partout traversé de matière colorante intracellulaire ou libre, dérivant d'hémorragies. A la partie inférieure de la cicatrice d'excision, n'a pas tardé à se reproduire une petite tumeur.

Sous l'influence des injections sous-cutanées d'arsenic (ce médicament ayant été mal supporté à l'intérieur), un grand nombre des petites tumeurs se sont affaissées en desquamant.

C'est seulement le second fait de ce genre que Kœbner a vu; il avait observé le premier, l'an dernier, chez une vieille femme; mais ici les tumeurs sarcomateuses étaient déjà ulcérées.

Kœbner saisit cette occasion pour faire connaître le maintien de la guérison de la fillette atteinte de sarcome généralisé des téguments (*R. S. M.* XXIV, 107), qu'il avait traitée également par l'arsenic. J. B.

Granuloma fungoïdes, par GEBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 805, 15 *novembre* 1886).

Le premier cas a été observé chez un homme de 60 ans et avait été pris d'abord pour un eczéma suintant. Il offre cette particularité intéressante, qu'avec le cas de Kœbner, c'est le seul qui se soit terminé par guérison.

Le second cas concerne une femme de 35 ans, dont l'affection, vieille de 15 années, avait disparu temporairement pendant 18 mois. A l'examen microscopique d'un nodule extirpé, Geber a trouvé des microcoques, sans leur attacher l'importance pathogène que d'autres leur ont donnée; ses essais d'inoculation ont été infructueux. J. B.

Ueber Tuberculose der Haut und Schleimhäute (De la tuberculose de la peau et des muqueuses), par SCHWIMMER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 805, 15 *novembre* 1886).

Schwimmer ne se rallie pas à l'opinion professée par la majorité des dermatologistes, que le lupus n'est autre qu'une tuberculose localisée. Voici les arguments sur lesquels il se base pour nier l'identité des deux affections. Tandis que la tuberculose cutanée est extrêmement rare, le lupus est assez commun; sur 500 malades, il a compté 90 lupus et seulement 5 cas de tuberculose avec bacilles. La tuberculose peut se développer primitivement sur les muqueuses, tandis que le lupus ne les envahit que consécutivement à la peau. On a bien publié des faits de lupus primitif des muqueuses, mais Schwimmer met en doute la justesse du diagnostic. Les effets de la tuberculose et du lupus sur l'organisme sont essentiellement différents. On n'a pas encore établi d'une façon irréfutable la coïncidence d'un lupus avec une tuberculose générale.

Au point de vue clinique, rien n'indique que le lupus doive être considéré comme une première étape ou une cause prédisposante de la tuberculose.

La plupart des orateurs qui prennent part à la discussion s'élèvent contre la manière de voir de Schwimmer et affirment, à l'exception de Kaposi, l'identité des deux affections.

Dans 40 cas de lupus, Doutrelepont a toujours constaté nettement la présence des bacilles tuberculeux.

Neisser croit fermement que la plupart des lupus ont leur point de départ dans une muqueuse, et il pense que l'eczéma prétendu scrofuleux offre peut-être la voie d'introduction du virus.

Geber a observé un petit garçon de 3 ans dont la mère avait un vaste lupus. Cet enfant, à l'âge de 1 an, avait contracté la même affection; puis, à la suite d'une cause insignifiante, il eut une tumeur blanche, renfermant des bacilles tuberculeux. Ceux-ci, au contraire, n'apparurent que très tardivement et en petit nombre dans le lupus. J. B.

De la transmissibilité de la lèpre aux animaux, par SCHOTTELIUS et BÄUMLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 50, *p.* 875, 13 *décembre* 1886).

Schottelius et Bäumler n'ont pas été plus heureux, que bon nombre de leurs prédécesseurs, dans leurs tentatives soit d'inoculer la lèpre aux animaux, soit d'en cultiver le bacille dans des milieux nourriciers artificiels. Et cependant, ils s'étaient placés dans les conditions les plus favorables au succès. Les fragments de peau, immédiatement après leur excision sur les malades, étaient déposés dans du bouillon ou du sérum sanguin maintenu à la température de 40° et triturés à la même température. Le microscope révélait la présence d'innombrables bacilles dans cette sorte d'émulsion, qui inoculée en différents points, dans et sous la peau, n'a donné aucun résultat. J. B.

Experimental investigations on leprosy (Recherches expérimentales sur la lèpre), par Beaven RAKE (*Brit. med. journ.*, *p.* 275, *février* 1887).

L'auteur, placé à la tête de la léproserie de l'Ile de la Trinité, a essayé d'inoculer la lèpre à des animaux par les procédés suivants : *a*) inoculation de produits d'ulcères lépreux par des scarifications cutanées; *b*) introduction, sous la peau, de tubercules lépreux; *c*) vaccination de lymphe lépreuse; *d*) alimentation des animaux avec des ganglions lépreux ou des viscères recueillis *post mortem*.

Toutes ces expériences se sont montrées complètement infructueuses : les produits lépreux, ou se résorbaient, ou subissaient la dégénérescence caséeuse, sans pullulation de leurs bacilles.

Suivent des tableaux relatifs à la distribution des bacilles dans la lèpre, portant sur 420 observations faites sur 185 malades. Il ressort de ces tableaux, que les bacilles sont incomparablement plus fréquents dans la forme tuberculeuse de la lèpre que dans la forme anesthésique. Les ulcérations lépreuses suppurées fournissent peu de bacilles, relativement à la grande quantité que l'on trouve en raclant les tubercules frais. Jamais l'auteur n'a pu rencontrer de bacilles dans le sang, non plus que dans les reins, le foie, la rate ou le cerveau. H. R.

Einige auf das Verhalten der Leprabacillen bezügliche Praeparate, par E. ARNING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 803, 15 *novembre* 1886).

Arning a recherché le bacille dans un fragment de nerf cubital excisé sur un lépreux vivant; il l'a trouvé dans les cloisons conjonctives qui se trouvent entre les fibres nerveuses.

Chez une femme de 26 ans, qui était arrivée de l'Amérique du Nord, à

Honolulu, au bout de 8 mois qu'elle séjournait dans cette dernière localité, Arning ne put encore déceler de bacilles dans un tubercule qu'il excisa à l'avant-bras ; mais, lorsque 6 mois plus tard, il se produisit une récidive, Arning put constater la présence des bacilles. Il s'agissait donc ici d'une lèpre cutanée primitive, survenue 8 mois après l'immigration dans un pays de lépreux.

Arning a fait des expériences pour rechercher l'action des liquides putréfiés sur les bacilles ; il a constaté qu'elle était nulle. J. B.

Contribution au traitement de la pelade, par SCHACHMANN (*Annales de Dermatologie*, *n°* 3, 1887).

29 malades ont été traités par les applications successives de vésicatoires (de 3 à 10 suivant les cas). Les résultats ont été des plus satisfaisants. Souvent une série de 3 ou 4 vésicatoires suffit pour ramener la pousse des cheveux. La durée du traitement dans ces cas n'a jamais dépassé 3 mois. Il n'y a eu aucune complication d'érysipèle ou d'autres accidents locaux. F. BALZER.

Four (4) cases of Ainhum, par D.-G. CRAWFORD (*Edinb. medic. Journ.*, *p.* 1120, *juin* 1886).

Il s'agit de quatre cas d'ainhum observés, dans les Indes, sur des indigènes. Un seul des orteils était affecté dans chacun de ces cas; deux fois au pied gauche, deux fois au pied droit. Dans deux cas le petit orteil était atteint ; dans un cas, le quatrième ; dans un cas le gros orteil. Dans un seul cas le malade parlait d'un traumatisme auquel il n'était guère facile d'attribuer d'importance. Deux cas avaient duré six ans ; ils étaient bien près de l'amputation spontanée. A. M.

Glossodynia exfoliativa, par DEGLE (*Wien. med. Presse*, *n°* 47, *p.* 1528, 1886).

Voici un nouvel exemple de l'affection nommée papillome douloureux de la région foliacée par Albert, et glossodynie exfoliatrice par Kaposi.

Homme de 43 ans, se plaignant depuis 15 jours de douleurs violentes à la base de la langue, s'exaspérant la nuit et empêchant tout sommeil. Les douleurs empêchent aussi le malade de manger et de boire.

Région sous-maxillaire douloureuse à la pression. Langue peu mobile, couverte, sauf aux bords et à la pointe, d'un enduit gris sale. A la base, en avant des piliers antérieurs, il y a deux points rouges et saillants, particulièrement sensibles aux excitations. On ne peut les toucher sans provoquer un cri de douleur.

Pas d'autre lésion appréciable. Pas de tuméfaction des papilles foliacées.

Le sujet n'a jamais eu de maladie sérieuse ; il n'est pas même excitable ni prédisposé aux accidents nerveux comme quelques malades cités par les auteurs. On lui conseille les applications de cocaïne.

L'auteur admet là une névralgie du glosso-pharyngien. L. GALLIARD.

Contribuzione alla cura del cancroïde della cute con la resorcina, par JAJA (*Giorn. ital. per le mal. vener. e della pelle, fasc.* 1, 1887).

Le traitement du cancroïde par la résorcine a été préconisé en Italie par Pascale, Mannino, Rubino et a donné également les plus heureux résultats dans plusieurs cas où l'auteur y a eu recours. Il rapporte avec détails deux observations de cancroïde de la face. Il s'est servi des pom-

mades suivantes : résorcine et vaseline, aa : 20 grammes, puis quelque temps après d'une pommade un peu plus faible, savoir : résorcine, 20 grammes ; vaseline, 30 grammes ; les pommades formaient de minces eschares à la surface de la tumeur. Ces eschares se détachaient sous l'influence de la vaseline pure ou de la vaseline iodoformée ; des bourgeons charnus se produisaient et peu après on voyait se former une cicatrice solide et de bonne nature. Dans le second cas rapporté par l'auteur, la guérison paraît avoir été incomplète. F. BALZER.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Ueber die verschiedenen Reproduktionsherde des syphilitischen Virus (Des différents foyers de reproduction du virus syphilitique), par NEUMANN (*Wiener med. Wochenschrift, n.* 8, *p.* 217, 1887).

Il y a dans la peau et dans les muqueuses même après disparition de toute manifestation syphilitique, une foule de foyers pathologiques disséminés, dont les éléments consistent principalement en cellules arrondies.

Lorsqu'un certain temps s'est écoulé depuis le commencement de l'infection, le nombre des cellules arrondies a diminué ; en revanche, on trouve des cellules fusiformes, des corpuscules avec et sans pigment.

Ces cellules peuvent causer à un haut degré l'infection et conservent leur virulence pendant longtemps encore ; elles sont une source d'infection pour l'organisme. Elles peuvent infecter des individus sains, dès que l'épiderme qui les recouvre est entamé.

Le pouvoir latent de la syphilis siège donc principalement dans ces cellules.

Dans la période tertiaire ces cellules prolifèrent lentement, possèdent un pouvoir virulent moindre, et ont plus de tendance aux formations cellulaires et à la dégénérescence graisseuse.

Il y aura lieu d'examiner d'autres organes pour savoir si les parois vasculaires ne sont pas atteintes, non seulement dans la syphilis viscérale, mais encore dans le stade récent de cette maladie.

Ces recherches nous donnent l'explication de la chronicité du processus syphilitique ; elles nous indiquent qu'il faut continuer le traitement, même quand toutes les manifestations ont disparu. BARBE.

De la fréquence relative des différentes variétés de chancres syphilitiques extra-génitaux, par NIVET (*Thèse de Paris*, 1887).

Les statistiques données dans cette thèse sont empruntées à la pratique de Fournier et portent sur des chiffres considérables : 595 cas de chancres infectants extra-génitaux. Les chancres des diverses régions de la tête sont de beaucoup les plus fréquents, puis viennent ceux du tronc, des membres et du cou. L'auteur relève 268 cas de chancres des lèvres ; viennent ensuite l'anus, 50 cas ; la langue, 37 cas ; le sein,

34 cas; le doigt, 31; le menton, 31; l'amygdale, 29; l'abdomen, 20; œil et paupière, 15; cuisse, 12; joue, 11; nez, 11; cou, 8 cas; etc., etc. Les chancres des autres régions deviennent tout à fait exceptionnels. L'auteur a dressé des tableaux indiquant l'ordre de fréquence des chancres infectants extra-génitaux suivant leur siège chez l'homme, chez la femme et chez l'enfant. Les chiffres, sauf le degré de fréquence, sont à peu près concordants, dans les trois tableaux. Toutefois, certaines régions sont plus souvent affectées suivant les sexes; le sein et la région anale, sont plus souvent le siège du chancre chez la femme que chez l'homme. F. BALZER.

Ueber das indurative Œdem, par FINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n.* 46, *p.* 807, 15 *novembre* 1886).

Sous le nom d'œdème induré, Sigmund a décrit une affection syphilitique consistant dans l'épaississement graduel, indolore et apyrétique des téguments des grandes et petites lèvres, du clitoris, du prépuce, du pénis et du scrotum. Chez les deux sexes, l'œdème peut s'étendre au pénil et se montrer soit isolément soit en même temps que d'autres manifestations syphilitiques. Abandonné à lui-même, l'œdème reste stationnaire quelques mois, puis se résorbe progressivement, en laissant généralement de l'épaississement de la peau.

Finger a eu l'occasion d'étudier après la mort un cas de ce genre. Voici les lésions qu'il a rencontrées. Les papilles étaient considérablement hypertrophiées et leurs vaisseaux dilatés. Les tissus composant les papilles étaient écartés les uns des autres par un exsudat séreux, au niveau des deux tiers supérieurs, tandis que vers la base des papilles, ils présentaient une infiltration de petites cellules. — Le stratum reticulare était abondamment infiltré de petites cellules; au sein de cette infiltration, on voyait beaucoup de vaisseaux dilatés; les artères offraient une prolifération de leur tunique adventice; les veines et les lymphatiques laissaient voir dans toutes leurs parois une infiltration de cellules rondes. Dans le dartos, les faisceaux musculaires semblaient normaux, les faisceaux de tissu conjonctif étaient riches en noyaux et contenaient de nombreuses cellules d'engraissement. Dans les couches inférieures du dartos ot dans les couches supérieures du tissu sous-cutané, s'observait l'hyperplasie des cellules conjonctives fixes que Neisser a décrite comme caractéristiques de la lésion syphilitique initiale; dans le tissu sous-cutané, se trouvait une large couche d'infiltration de petites cellules. Les vaisseaux du tissu sous-cutané étaient successivement entourés, d'abord par une infiltration de petites cellules traversant plus ou moins leurs parois, ensuite par un large anneau d'exsudat fibrineux, et, plus en dehors enfin, par un nouvel anneau d'infiltration de petites cellules renfermant beaucoup de globules rouges. En bas, le passage au tissu sain s'effectuait par une zone de tissu conjonctif riche en noyaux, avec hyperplasie des cellules fixes.

Ce qu'il y a de remarquable ici, c'est l'association d'altérations, les unes aiguës, les autres chroniques. La syphilis est responsable de ces dernières, tandis que les autres s'expliquent par la présence de nombreux streptocoques formant des chaînes exclusivement dans les vaisseaux.

Finger ne pense pas que ces micro-organismes doivent être rattachés à l'érysipèle de la face qui avait entraîné la mort.

Dans la discussion, Mraçek cite deux cas de dystoce occasionnée par l'œdème induré. J. B.

Ueber Lues congenita tarda (De la syphilis héréditaire tardive), par RABL (*Vierteljahr. für Derm.*, *Heft* 4, *Hälfte* 1, 1886).

L'auteur croit que bien des cas de prétendue scrofule ou tuberculose des enfants doivent être rapportés à la syphilis congénitale. La kératite parenchymateuse, les adénites cervicales, les périostites, les abcès de la partie inférieure et externe de l'orbite, l'ozène, etc., doivent être souvent rapportés à la syphilis et non à la scrofule. On peut dire que la syphilis héréditaire est tardive après la seconde année, après la dentition. Il a observé 112 cas, 50 chez des garçons, 62 chez des filles, et dans tous ces cas, la syphilis s'est manifestée après la seconde année. C'est vers l'âge de 12 ou 13 ans qu'elle s'est manifestée le plus souvent. L'auteur a dressé des tableaux des accidents le plus souvent observés : les affections osseuses, les lésions oculaires, celles du nez, du pharynx, les lésions gommeuses et ulcéreuses, etc. F. BALZER.

Accidents de syphilis héréditaire survenus à l'âge de 30 ans, par A. FOURNIER (*Gaz. hebd.*, 29 *octobre* 1886).

X..., âgé de 30 ans, était porteur à la verge d'ulcérations gommeuses absolument caractérisques. Deux de ces ulcérations occupaient la rainure glando-préputiale. Une autre était sur le méat urétral gonflé et présentant, dans l'étendue d'un centimètre environ, une dureté véritablement cartilagineuse.

Ce malade niait tout antécédent syphilitique. Fournier procéda à son examen complet et aboutit en fin de compte à suspecter une infection syphilitique tardive, d'après les trois signes suivants :

1° Une cophose bilatérale datant de l'enfance et ocasionnée par des lésions tympaniques doubles (perforation à gauche, déformation et épaississement fibreux à droite).

2° Des antécédents de kératite double, vers l'âge de 14 ans.

3° Les antécédents de lésions osseuses et cutanées. Un des genoux a été le siège, dans l'enfance, d'une lésion qui se traduit actuellement par une déformation notable de la région, avec brides cicatricielles, raccourcissement léger du membre. Le pourtour de l'articulation est le siège de cicatrices nombreuses et variables d'étendue; les unes petites, les autres très larges : conséquences manifestes ou d'abcès péri-articulaires ou d'ulcérations cutanées.

Les soupçons de Fournier furent pleinement confirmés par l'enquête qui apprit que la mère de ce malade, au moment où elle était enceinte de lui, avait été affectée de syphilis; syphilis qu'elle reçut de son mari, et qui fut constatée par Ricord, Nélaton, Michon. A. Guérin. De plus, le malade avait été de même, peu de temps après sa naissance, affecté de divers accidents sphilitiques, accidents jugés et traités comme tels par ces médecins. Enfin, la nourrice à laquelle il avait été confié, avait été, de par lui, infectée de syphilis.

Ces renseignements justifiaient l'emploi du traitement spécifique qui fut immédiatement institué. Dix jours après, les ulcérations gommeuses étaient en pleine voie de réparation cicatricielle; trois à quatre semaines après, elles étaient guéries. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude de l'hydrocéphalie interne dans la syphilis héréditaire, par Georges SANDOZ (*Revue médic. Suisse romande, VI*, 713, *décembre* 1886).

Il existe une hydrocéphalie syphilitique. Elle est congénitale, ou se développe dans les premiers mois de la vie. Sa cause réside, très probablement, dans une inflammation de l'épendyme ventriculaire et des plexus, produite par la syphilis héréditaire. J. B.

Zur Prognose der Gehirnsyphilis (Pronostic de la syphilis du cerveau), par P. BRANS (*Wiener med. Wochenschrift, p.* 70, *n°* 3, 1887).

Le pronostic est, dans la syphilis du cerveau, plus incertain et plus sombre que dans les autres organes.

L'effet du traitement mercuriel est très inégal dans les différents cas, et dépend beaucoup de son emploi prématuré. L'infidélité du traitement mercuriel n'est pas une preuve que l'affection cérébrale n'est point syphilitique, car on voit des malades atteints d'une telle affection et en même temps d'une autre manifestation syphilitique, guérir très bien de cette dernière, sans que l'affection cérébrale en soit aucunement modifiée.

La syphilis du cerveau a l'habitude de développer, au bout d'un certain temps, des altérations organiques contre lesquelles le traitement ne peut rien, et qui conduisent tôt ou tard le malade à l'aliénation mentale.

Le premier traitement spécifique décide du sort du malade; si le résultat est incertain, il n'y a pas lieu d'espérer mieux d'un second.

La majorité des malades appartient à des gens exerçant une profession intellectuelle. BARBE.

Das Verhältniss des Erysipels zur Syphilis (Influence de l'érysipèle sur la syphilis), par SCHUSTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 806, 15 *novembre* 1886).

Dans le cours des maladies infectieuses aiguës, les manifestations syphilitiques disparaissent, pour se reproduire, immédiatement la maladie intercurrente terminée. L'érysipèle seul ferait exception, en ce qu'il exercerait une influence curative durable sur la syphilis. Or, les observations de Schuster sont contraires à cette manière de voir. L'érysipèle n'a pas plus d'action sur la syphilis que les autres maladies infectieuses aiguës, et parfois même il a une grande gravité chez les syphilitiques.

Dans la discussion, Schwimmer, Neumann, Kœbner, déclarent être du même avis que Schuster.

Lewin a constaté souvent les effets curateurs de l'érysipèle sur des bubons gangréneux. (*R. S. M.*, II, 775; XI, 617.) J. B.

Syphilis hæmorrhagica Neonatorum, par MRAÇEK (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 807, 15 *novembre* 1886).

Mraçek a observé 19 cas de syphilis hémorragique des nouveau-nés. Aucune des mères n'avait subi un traitement spécifique régulier. Des enfants, un est né mort, tandis que les autres ont vécu un temps variable de demi-heure à 48 heures. A leur autopsie, on a constaté des lésions vasculaires d'origine intra-utérine; les capillaires, les vasa-vasorum, les veinules et artérioles, renfermaient des produits morbides ayant pro-

voqué des troubles locaux de la circulation, et même des épanchements sanguins. Il y a donc lieu de conserver la dénomination de syphilis hémorragique des nouveau-nés, ou celle de diathèse hémorragique consécutive à la syphilis héréditaire. J. B.

Des adénopathies superficielles dans la syphilis tertiaire, par LANNOIS et LEMOINE (*Revue de médecine*, 10 *avril* 1887).

Dans ce court mémoire, Lannois et Lemoine étudient les adénopathies superficielles qui surviennent dans le cours de la syphilis tertiaire, en dehors de toute manifestation viscérale ou cutanée voisine. Beaucoup plus rares que les adénopathies profondes, elles apparaissent généralement sous la forme de gommes se traduisant par une augmentation de volume de la glande, puis par l'adhérence de celle-ci à la peau, qui devient rouge et plus tard s'ulcère. Si le traitement antisyphilitique est prescrit à temps, on peut voir la tuméfaction glandulaire disparaître peu à peu, alors même que la fluctuation était manifeste au début de la médication. Ils rapportent deux observations personnelles et en citent une troisième, recueillie par l'un d'eux dans le service de Kaposi.

C. GIRAUDEAU.

Syphilis tertiaire dermo-hypodermique des organes génito-urinaires, par MAURIAC (*Annales de dermatologie, n.* 1 *et* 2, 1887).

Il existe deux types qui sont : le type ulcéro-pustuleux, et le type tuberculo-gommeux. La syphilose génitale pustulo-ulcéreuse présente une évolution qui rappelle celle du chancre mou, d'autant plus que le phagédénisme la complique souvent. Le diagnostic peut même présenter parfois de grandes difficultés. La syphilose génitale tuberculo-gommeuse se présente sous forme de gommes balano-préputiales qui se ramollissent et s'ulcèrent, laissant après elles une perte de substance. Quelquefois, cependant, cette syphilose ne produit que des plaques scléro-gommeuses peu épaisses, qui ne font que s'éroder, et dont la cicatrice est presque imperceptible. Dans d'autres cas, c'est le syphilome tuberculeux que l'on observe, ou encore des syphilomes à tendance phagédénique. Ce travail est basé sur un grand nombre d'observations intéressantes, sur lesquelles nous ne pouvons insister. F. BALZER.

Ueber die Excision der syphilitischen Initialsklerose (De l'excision du chancre), par BŒHM (*Inaug. diss. Breslau* 1886, *et Vierteljahr für Derm. Hälfte* 2, *Heft* 1, 1887).

Le nombre des excisions que l'auteur a relevé dans ses tableaux, est de 672; sur ce nombre, 87 cas douteux sont signalés dans les auteurs; 585 cas doivent être pris en considération. Dans ce nombre, 139 cas donnèrent un résultat positif, et 446 furent suivis de syphilis constitutionnelle. L'auteur reconnaît que dans la série des résultats positifs, 18 cas n'ont peut-être pas été observés assez longtemps, et que pour 20 autres, la preuve de la nature syphilitique de la lésion excisée n'a pas été absolument fournie. D'autre part, pour les cas excisés sans résultat, on peut objecter que l'opération n'a peut-être pas été toujours radicalement faite, puisqu'il y a eu 101 récidives locales; que l'on n'a pas pris en considération le gonflement des ganglions, et que l'opération

a été faite trop tard. Ce qui est certain, c'est que dans un bon nombre de cas, l'excision a empêché l'évolution de la vérole. Elle doit donc être tentée lorsqu'elle peut s'accomplir sans grande mutilation : l'ablation du chancre peut empêcher la syphilis constitutionnelle. F. BALZER.

Sull'aborto della sifilide (Traitement abortif de la syphilis), par MANNINO (*Giornale ital. delle mal. vener., fasc.* 2, 1887).

L'auteur propose de revenir à l'ancienne méthode de traitement du chancre par le fer rouge, pour remplacer l'excision dans la cure abortive de la syphilis. Après avoir anesthésié avec la cocaïne, il cautérise profondément avec le thermo-cautère, le plus tôt possible, avant que l'adénopathie ne soit constituée. Il rapporte cinq observations : dans trois cas la syphilis ne s'est pas développée. Il recommande donc la cautérisation qui ne peut d'ailleurs en aucun cas être nuisible. Il croit qu'il faut vulgariser cette notion que la syphilis peut être évitée, si l'on détruit de bonne heure la lésion initiale. F. BALZER.

I. — Sulla cura ipodermica della sifilide, par SALSOTTO (*Giorn. ital. per le mal. vener. e della pelle, fasc.* 1, 1887).

II. — Bemerkungen über subcutane und intramusculäre Injectionen... (Des injections sous-cutanées et intra-musculaires de préparations iodées dans la syphilis), par SZADECK (*St Peterburger med. Woch. n°* 29, 1886 *et Viertelj. für Derm. XIV, Heft* 1, *Hälfte* 2, 1887).

I. — Salsotto a traité 48 individus, savoir : 23 syphilis récentes et 25 anciennes avec le peptonate de mercure. La moyenne des injections a été de 54 pour chaque individu, le maximum 85 à 95, le minimum 20 à 21, pour les syphilis récentes. Les autres ont reçu en moyenne 30 injections, 70 au maximum, 15 au minimum. Les injections étaient faites aux fesses, dans les masses musculaires. Les manifestations externes disparaissaient après 21 injections en moyenne pour les syphilis récentes, après 8 ou 10 au minimum, après 40 au maximum. Pour les récidives, il fallait 12 injections en moyenne, 30 au maximum, 4 au minimum. La durée du traitement a été en moyenne de 74 jours pour les syphilis récentes, de 152 à 156 jours au maximum, de 33 jours au minimum. Pour les récidives, la moyenne fut de 39 jours, le maximum 114, le minimum 18. Dans les cas de syphilis récentes il y eut 9 récidives. Pour l'efficacité, l'auteur place cette méthode immédiatement après celle des frictions. F. BALZER.

II. — Szadeck a employé dans 8 cas les injections sous-cutanées et intra-musculaires d'iodure de potassium et d'iodure de sodium : il a fait en tout 90 injections, 79 d'iodure de potassium et 11 d'iodure de sodium. La solution soigneusement neutralisée et filtrée était à 3 pour 10 d'eau. Chaque malade recevait chaque jour le contenu d'une seringue de Pravaz. 26 injections furent faites dans les muscles fessiers, et 64 sous la peau. La douleur était vive et cuisante, et d'assez longue durée surtout avec l'iodure de potassium; elle était moindre quand les injections étaient faites dans le muscle. Il n'y a jamais eu d'abcès, ni de coagulations, à l'exception d'un seul cas. L'iodisme a été observé chez deux malades, acné de la face, du tronc et des extrémités. Szadeck ne donne pas de

conclusions à cause du petit nombre de ses observations; il a vu pourtant des effets thérapeutiques certains dans 2 cas où les accidents syphilitiques cédèrent aux injections. F. BALZER.

Sull'assorbimento del mercurio metallico per la pelle, par FERRARI et ASMONDO (*Gaz. degli Ospedali, n°* 81-82, 1886).

De leurs recherches faites avec des précautions minutieuses, les auteurs concluent que la peau n'absorbe pas le mercure, à moins que la pommade ne contienne des sels mercuriels. Le mercure, dans les frictions, se volatilise, et il est absorbé par la respiration. F. BALZER.

De l'aconitine dans le traitement de la céphalée syphilitique, par LEROY (*Annales de Dermatologie, n°* 2, 1887).

L'auteur vante l'emploi de l'acoditine, qui lui a donné des résultats satisfaisants, même dans des cas où l'iodure de potassium avait été insuffisant. Il n'a pas eu besoin, dans les observations qu'il rapporte, de dépasser la dose journalière de deux pilules d'un demi-milligramme chacune. F. BALZER.

Ueber localisirte Hydrargyrose und ihre laryngoskopische Diagnose (Hydrargyrie localisée et son diagnostic laryngoscopique), par SCHUMACHER (*Vierteljahr. für Derm., Heft* 4, *Hälfte* 1, 1886).

Le diagnostic des lésions de la stomatite mercurielle avec les manifestations de la syphilis dans la bouche peut offrir de grandes difficultés. L'auteur croit avoir trouvé dans l'examen laryngoscopique de l'espace compris entre l'isthme du pharynx et l'œsophage un critérium diagnostique très sûr. Au niveau des glandes de la base de la langue, sur ses bords, sur les plis latéraux qui partent de l'épiglotte, sur la partie postérieure du pharynx, se voit une surface blanchâtre, puis grisâtre, par altération trouble de l'épithélium. Or, cette apparence disparaît si l'on cesse la cure mercurielle dans l'espace d'une à trois semaines. Si cette altération est plus étendue, elle s'accompagne de gonflement des glandes au niveau du cartilage thyroïde, et de douleurs pendant la déglutition. Cette altération de la muqueuse du pharynx manque très rarement dans l'hydrargyrie, et ne peut être confondue avec aucune des altérations de la syphilis. L'auteur recommande pour le traitement le chlorate de potasse à l'intérieur et les attouchements avec la teinture d'iode diluée. F. BALZER.

Ueber die Bedeutung der Schwitzbäder bei der mercuriellen Behandlung der Syphilis (Importance des bains russes dans le traitement mercuriel de la syphilis), par A. FREY (*Berlin. klin. Woch., n°* 48, *p.* 830, 29 *novembre* 1886).

Les bains russes ont un triple rôle dans le traitement de la syphilis par le mercure :

1° Ils activent très énergiquement les fonctions de nutrition et réveillent l'appétit, neutralisant ainsi les effets fâcheux du mercure sur les organes digestifs;

2° Ils assurent le diagnostic dans les cas douteux, et cela de deux façons. D'une part, en effet, ils résolvent la question de savoir si le syphilitique mercurialisé est réellement guéri ou si son affection est seu-

lement devenue latente. Dans la seconde alternative, les bains russes font apparaître les éruptions syphilitiques; au bout de 20 bains, s'il ne s'est pas produit de manifestations cutanées, on peut considérer la syphilis comme guérie.

D'autre part, les bains russes permettent de reconnaître, lorsqu'on est embarrassé, si l'on se trouve en présence de phénomènes syphilitiques ou au contraire de symptômes d'hydrargyrisme. Si les phénomènes morbides disparaissent sous l'influence d'une cure balnéaire, c'est qu'ils étaient de nature mercurielle.

3° Ils favorisent l'élimination du mercure, ce qui est leur rôle le plus important.

En combinant l'emploi des bains russes avec les frictions hydrargyriques, Frey n'a jamais vu survenir d'accidents d'intoxication ni d'albuminurie.

Le mode d'application du traitement varie naturellement suivant l'âge et les forces du malade; mais Frey administre un bain russe au moins après chaque série de 4 frictions pratiquées successivement, une chaque jour, sur les diverses régions du corps. Il commence la cure par le bain, qui est immédiatement suivi d'une première friction; souvent il est nécessaire de suspendre le traitement tous les 5 jours. Entre les bains russes, il intercale des bains simples avec savonnage.

Les bains russes ne sont pas contre-indiqués dans la syphilis cérébrale ni dans l'iritis et la choroïdite syphilitiques. J. B.

Contribution à l'étude de la période dite latente du rétrécissement blennorragique, par DELABARTHE (*Thèse de Paris*, 1886).

L'auteur, dans cette thèse, appelle l'attention sur la période souvent assez longue qui existe entre la fin de la blennorragie et le début du rétrécissement. Le malade ne présente qu'un léger suintement urétral, sans douleur; quelquefois même, il n'y a aucun trouble. Pourtant, le canal n'est pas sain; ses parois subissent des modifications insensibles qui conduisent à un rétrécissement plus ou moins serré; c'est la période latente du rétrécissement blennorragique. L'exploration du canal avec la sonde à boule olivaire s'impose. Seule, elle peut conduire à un diagnostic précis, diagnostic d'autant plus important que les instillations et la dilatation avec les bougies Béniqué peuvent rendre au canal son calibre normal et son élasticité. F. BALZER.

I. — Sur un procédé technique de diagnose des gonococci, par J. ROUX (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 8 *novembre* 1886).

II. — Ueber den Diplococcus Neisser's und seine Beziehung zum Tripperprocess (Du diplococcus de Neisser et de ses relations avec la gonorrhée), par ZEISSL (*Wiener Klinik, Heft* 11 *et* 12, *novembre-décembre* 1886, *et Vierteljahr. für Derm., Heft* 1 *et* 2, 1887).

III. — Ueber den Diplococcus Neisser's und seine Beziehungen zum Tripperprocess, par FINGER (*Wiener med. Presse*, 47 *et* 48, 1886, *et Wierteljahr. für Derm., Heft* 2 *et* 1, 1887).

IV. — Die Mikroparasiten des männlichen Harnrohrentrippers (Les microbes

de la blennorragie), par **GIOVANNINI** (*Vierteljahr. für Derm., Heft* 1 *et* 2, 1887).

I. — Inversement à ce qui se produit pour tous les autres micro-organismes, le liquide de Gram (iodo-iodure) ne fixe pas les couleurs basiques d'aniline sur les *gonococci*, qui, soumis ensuite à l'alcool, se décolorent en même temps que les éléments anatomiques et ne sont plus que très difficilement reconnaissables à l'examen microscopique. Il sera donc toujours possible, dans les cas douteux, après avoir constaté la présence de gonococci par la coloration au violet de gentiane ou autre, employé seul et sans addition d'alcool, de reconnaître leur véritable nature en faisant agir successivement le liquide de Gram et l'alcool. S'il y a disparition des *cocci*, ce sont bien ceux de Neisser; s'ils persistent au contraire avec leur coloration violette, il y a lieu d'émettre des doutes sur la nature blennorragique de l'affection. M. DUVAL.

II. — Zeissl a trouvé les gonocoques d'une manière constante dans 120 cas d'urétrite aiguë et chronique. Ils ont manqué cependant dans un cas d'urétrite aiguë observé par Frisch. Outre le diplocoque de Neisser, il a trouvé dans 11 cas sur 60 des bacilles de dimensions variées, probablement sans rapport avec la gonorrhée, mais dépendant de la putréfaction. Ces bacilles, en effet, se trouvent aussi dans le vagin des prostituées, dans les balanites de l'homme et du chien, et peuvent présenter des formes analogues à celle du bacille de la syphilis. Dans un cas où la confrontation fut possible, on trouva chez les deux individus les mêmes parasites. Dans 7 cas, malgré l'absence du pus, on trouva des gonocoques. L'auteur croit aussi que différents organismes peuvent s'établir dans l'urètre et produire des écoulements. Le gonocoque ne se rencontre donc pas constamment et exclusivement dans la gonorrhée. Des catarrhes de l'urètre peuvent succéder à des érections prolongées ou à des irritations diverses, et peuvent même ressembler à la blennorrhagie. Mais la nature virulente de celle-ci peut toujours être reconnue par les recherches chimiques et par le transfert du pus sur l'urètre sain.

III. — Finger combat les objections de Zeissl à la signification pathogène du diplocoque de Neisser. Zeissl a trouvé dans l'urétrite aiguë d'autres parasites que le diplococcus de Neisser, mais cela est à expliquer, comme il peut arriver aussi que l'examen le plus attentif reste infructueux. D'autre part les instruments peuvent faire pénétrer divers parasites dans l'urètre, ce qui explique qu'on en retrouve presque toujours dans les gonorrhées chroniques. Enfin dans 7 cas Zeissl n'aurait pas trouvé de gonocoques, mais ses descriptions et ses dessins ne sont pas absolument probants, et il aurait fallu de plus fournir de nouvelles preuves par les cultures. En somme, Finger maintient au gonocoque toute sa valeur contre l'opinion de Zeissl.

IV. — Dans le pus de la blennorragie on peut distinguer 5 espèces de microbes ayant des caractères morphologiques différents et des propriétés particulières. Deux de ces parasites se rencontrent chez l'homme à l'état normal. Ces parasites ne provoquent pas la fermentation ammoniacale de l'urine. Ils ne se conduisent pas comme le micrococcus pyogène et n'engendrent pas la blennorragie. On ne réussit pas même dans le sérum humain à cultiver des microbes doués des propriétés pathogènes du gonococcus; ou bien ce parasite ne se développe pas dans

ces milieux, ou bien il s'y modifie. L'auteur ne veut pas encore se prononcer sur ces points. F. BALZER.

Zur Ætiologie der gonorroischen Arthritis, par SMIRNOFF (*Wratch*, 1886, 31, *et Vierteljahr. für Derm.*, *Heft* 2, *Häfte* 1, 1887).

Dans un cas d'orchite blennorragique compliqué d'épanchement du genou, Smirnoff a constaté des gonocoques de Neisser dans la sérosité. Les gonocoques se trouvaient dans les cellules contenues dans le liquide, et l'auteur croit pouvoir conclure que leur développement a causé l'épanchement. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Des troubles psychiques dans l'impaludisme, par LEMOINE et CHAUMIER (*Ann. méd. psych.*, *mars* 1887).

Un délire violent, mais sans caractères distinctifs bien nets, peut accompagner l'accès de fièvre intermittente chez les sujets prédisposés. Il n'a pas d'autre signification, et n'est pas toujours en rapport avec l'intensité de la fièvre. Chez les mêmes personnes, mais bien plus rarement, la convalescence peut être le point de départ d'un délire tranquille, stupeur ou manie, de durée indéterminée, et le plus souvent curable.

Les anciens paludéens, sujets aux manifestations larvées, sont exposés soit à des troubles intellectuels intermittents, larvés, soit à de la folie chronique. Le diagnostic de cette dernière ne peut se faire que par l'étude des antécédents du malade. Il est également très probable qu'il existe une forme de pseudo-paralysie générale paludéenne.

Il est important, au point de vue du traitement, de rechercher l'impaludisme dans l'étiologie de la folie. La quinine donne de bons résultats dans la folie intermittente et dans la folie de la convalescence. Moins efficace dans la folie chronique, elle calme cependant les accès passagers d'agitation, même dans ce dernier cas, comme s'ils étaient des manifestations larvées de la maladie. DESCOURTIS.

Note sur quelques cas de folie héréditaire chez les gens âgés, par E. RÉGIS (*Ann. méd. psych.*, *mars* 1887).

La folie généralisée s'observe plus fréquemment chez les gens âgés sous la forme mélancolique ; et la forme maniaque, plus rare, est en outre habituellement symptomatique d'une folie à répétition, d'un délire aigu ou d'une affection cérébrale organique. Quant au caractère même de la mélancolie, il ne présente rien de bien particulier. La forme agitée, à réaction anxieuse ou gémisseuse, est peut-être plus commune que la forme torpide à dépression prédominante, et en ce qui concerne le délire il roule presque toujours sur des idées de culpabilité et d'appréhension imaginaires. La tendance au suicide est presque constante. Enfin la fréquence des affections cérébrales dans les antécédents de famille des malades prouve bien quel rôle joue chez eux l'hérédité. DESCOURTIS.

Un cas de dégénérescence psychique héréditaire, par JAKOWLEW (*Encéphale*, *n°* 2, 1887).

Le syndrome neurasthénie était connu depuis longtemps, mais ses variétés sont nombreuses, et les auteurs récents en ont décrit beaucoup de formes différentes. On est arrivé ainsi à admettre des états nerveux particuliers qui avaient de grandes analogies avec les anciennes monomanies. D'après Jakowlew, cette tendance à la différenciation poussée jusqu'à ses dernières limites est fâcheuse. En s'attardant aux détails on perd de vue l'ensemble. Il y aurait donc lieu, selon lui, de réunir tous les phénomènes en question dans un seul groupe nosologique sous le nom de dégénérescence psychique héréditaire. Pour le prouver il cite une longue et intéressante observation qui montre que les phénomènes de pathophobie, d'obsessions, d'actions impulsives, peuvent se développer sur le même terrain et dans les mêmes conditions, séparément ou simultanément ; que tous ces phénomènes sont très souvent accompagnés de terreur et d'angoisse ; que le malade a toujours pleine conscience de leur absurdité, et que cet circonstance les distingue des mêmes phénomènes de la folie primitive ; que tous ces phénomènes sont en connexion avec la faiblesse nerveuse, la neurasthénie. DESCOURTIS.

A case of delirium tremens caused by chewing tea (Delirium tremens chez un chiqueur de thé), par SLAYTER (*The Lancet*, 24 *avril* 1886).

Une domestique de la ville d'Halifax se plaint d'insomnie, de nervosité, de secousses musculaires dans la face et les extrémités ; la nuit délire d'action, avec hallucinations effrayantes. Ces accidents cèdent momentanément à une dose de bromure de potassium et de chloral. Peu de jours après, retour des mêmes symptômes ; la malade s'échappe et tente de se jeter à l'eau. Quand on la ramène, elle a le pouls à 110, la langue brune et sèche ; délire intense et trémulations des extrémités (en un mot, dit l'auteur, tous les symptômes du delirium tremens). On constate l'existence d'une tumeur volumineuse dans la fosse iliaque droite, paraissant constituée par un engorgement du cæcum. Des purgatifs et des lavements amènent l'expulsion d'une énorme quantité de matières fécales renfermant des masses de feuilles de thé plus ou moins macérées. La malade étant mise au régime, tous les symptômes nerveux disparaissent en quelques jours. Cinq ans après, l'auteur est appelé de nouveau et constate la même série d'accidents, qui cèdent encore par les mêmes moyens, après expulsion d'une quantité considérable de feuilles de thé. C'est à l'âge de 17 ans que cette fille, employée aux docks, avait pris l'habitude de chiquer du thé ; elle en consommait une demi-livre au moins par jour, et souvent davantage. Elle n'avait jamais fait d'abus de boisson.

H. BARTH.

Les aliénés voyageurs. Essai médico-psychologique, par TISSIÉ (*Thèse de Paris*, 1887).

Les fugues sont nombreuses chez les aliénés. On a affaire alors à des délirants, des hallucinés, des déments, des impulsifs ou des captivés.

Chez le délirant, le jugement est le premier faussé. Il part d'un principe absurde en raisonnant cependant fort juste quant aux actes secondaires. Tels sont les réformateurs, les civilisateurs, les inventeurs, qui, pour mettre leur plan à exécution, entreprennent parfois de longs voyages. L'halluciné fuit sous l'empire d'un trouble sensoriel qui lui fait voir ou

entendre des ennemis. Ce sont les persécutés. L'impulsif a pour type l'épileptique, qui s'en va sans savoir pourquoi, inconscient et sans souvenir après l'acte accompli. Chez les captivés, la représentation, le jugement et la délibération sont normaux, mais ils peuvent être déplacés par l'imposition d'une idée fixe, impérieuse, dominante, cette idée pouvant provenir d'une suggestion d'une personne étrangère. Il y a inhibition, et ces sujets sont susceptibles d'être améliorés par la suggestion hypnotique. DESCOURTIS.

Étude sur les aliénés persécuteurs, par POTTIER (*Thèse de Paris*, 1886).

Le délire de persécution est une forme distincte de maladie mentale, ayant ses périodes déterminées et son évolution spéciale. Lorsque, au bout d'un certain temps, il s'est spécialisé, lorsque les aliénés ont personnifié leur délire, ces malades deviennent souvent persécuteurs. Dans ce cas, on observe des hallucinations nombreuses, et la maladie suit l'évolution qui lui est propre. — Au contraire, il existe des aliénés persécuteurs, non hallucinés, qui présentent la plupart des caractères des aliénés héréditaires, et qui se distinguent nettement des précédents. Ce sont ceux qu'on a dit atteints de folie morale, folie raisonnante, folie des actes, manie des procès (folie quérulante des Allemands), etc. La logique apparente de leurs raisonnements, certaines facultés relativement développées, leur ténacité dans tout ce qu'ils entreprennent, les rendent particulièrement dangereux et trompent sans peine des juges non prévenus. L'histoire de Sandon, de Verger, de Teulat et de beaucoup d'autres prouve qu'on ne saurait trop se mettre en garde contre eux, et qu'il est parfois très difficile de prendre vis-à-vis d'eux la seule mesure qui convienne : l'internement dans un asile d'aliénés. DESCOURTIS.

Écholalie dans le cours d'une affection mentale, par MABILLE (*Ann. méd. psych.*, *novembre* 1886).

Il ne s'agit pas d'écholalie constituant un type nosologique distinct, mais d'un simple phénomène surajouté, d'une complication survenant dans le cours d'une maladie mentale. Mme X..., hystérique héréditaire, a déjà été soignée plusieurs fois dans les asiles d'aliénés. En dehors de son délire, dont la marche est irrégulière, et dont la forme vague trahit bien l'influence héréditaire, il faut remarquer chez elle de fréquents changements de personnalité ; tantôt elle se croit Blanche de Castille et prend un ton et un maintien en rapport avec sa nouvelle personnalité ; tantôt elle n'est plus que la petite Belelle, comme elle dit, l'enfant humble et soumise à sa mère. Dans cet état, et sans être hypnotisée, elle répète les paroles et les actes de sa mère, qui a tout pouvoir sur elle. Elle a, en outre, des secousses musculaires du bras et de l'avant-bras, ce qui permet de la rapprocher des cas cités par Gilles de la Tourette ; toutefois, elle en diffère en ce que les mouvements convulsifs ne sont pas supprimés pendant le sommeil ; ils persistent. DESCOURTIS.

Ueber ossificirende Meningitis und Geistesstörung (2 cas de méningite ossifiante chez des aliénés), par MESCHEDE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 895, 20 *décembre* 1886).

1er *cas*. Jeune fille de 19 ans, à hérédité psychique maternelle. A l'âge de 10 ans, elle avait perdu les cheveux à la suite de céphalées. A 16 ans, avait débuté une mélancolie. Durant le cours de cette dernière, elle fut prise d'accès épileptiformes mortels. A l'autopsie, on trouva à la surface du lobe fron-

tal droit, sur l'arachnoïde, une plaque osseuse blanche longue de 1 1/2 centimètre et large de 1 centimètre, qui se laissa facilement détacher de la substance corticale du cerveau et que le microscope révéla être formée de véritable tissu osseux. Il existait en outre à la surface de l'hémisphère gauche plusieurs autres plaques semblables mais plus petites.

2e *cas*. Chez une femme, atteinte de manie périodique, l'ossification des méninges était beaucoup plus considérable et s'étendait à la faux du cerveau, de sorte que la compression du sinus longitudinal qui en résultait devait entraver le retour du sang veineux. J. B.

Des rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux, par BAILLARGER (*Ann. méd. psych.*, *mai* 1887).

Il y a deux ordres de conceptions délirantes, ou, si l'on veut, deux délires spéciaux qui ont avec la périencéphalite chronique les liens les plus étroits. Ce sont le délire des grandeurs et le délire hypochondriaque. Quoique de nature différente, ils annoncent comme très probable, dans les accès de manie ou de mélancolie, la terminaison par la démence paralytique. Rien n'est plus fréquent que de les voir se succéder ou coexister chez le même malade. Il y a donc lieu de considérer le délire hypochondriaque, tout aussi bien que le délire ambitieux, comme un signe précurseur ou un symptôme de la paralysie générale. DESCOURTIS.

Traitement du délire épileptique, par BESSIÈRE (*Ann. méd. psych.*, *mai* 1887).

Chacune des formes du délire épileptique demande un traitement approprié; mais toujours il devra remplir deux conditions essentielles : une intervention rapide, une thérapeutique aussi active que possible. Le petit mal sera efficacement traité par le chlorhydrate de morphine en injections hypodermiques. Dans la manie épileptique, on donnera, dès le début, le tartre stibié à dose vomitive. A la période d'état, et selon les indications du moment, on aura recours au chloral, à la paraldéhyde, aux injections hypodermiques de sulfate d'atropine. Cette dernière substance, sur laquelle insiste l'auteur, a été donnée par lui à la dose de 1 milligramme le premier jour et de $1^{mg},5$ ou 2 milligrammes les jours suivants. La solution était au millième dans de l'eau distillée de laurier-cerise. Il conseille, en outre, l'usage des bains prolongés, et, dans l'intervalle des accès, le bromure de potassium, soit seul, soit associé à l'oxyde de zinc et à la belladone, suivant la méthode de Ball. DESCOURTIS.

Ricerche sul sangue negli alienati (Recherches sur le sang des aliénés), par SEPPILLI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, *fasc.* 4, 1887).

L'hypoglobulie et la faible proportion d'hémoglobine se rencontrent très souvent dans les premières périodes de la folie et en particulier dans la folie pellagreuse. En outre, au point de vue de la fréquence aussi bien que de l'intensité, on l'observe plus chez les femmes que chez les hommes. Ces résultats sont d'accord avec ceux de Gallopain et de Raggi, et avec les recherches récentes de Rutherford Macphail. Comme conclusion pratique, il faut combattre l'anémie des aliénés et veiller aux bonnes conditions hygiéniques des asiles publics. Une bonne alimentation, les toniques et les reconstituants doivent donc former une

des principales bases sur lesquelles s'établira la thérapeutique des maladies mentales. DESCOURTIS.

Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect, par MARANDON DE MONTYEL (*Archives de neurologie, janvier* 1887).

Pour l'auteur, il existe une maladie mentale caractérisée essentiellement, sinon uniquement, par une impulsion irrésistible à mettre le feu. La dissimulation des accusés ou leur faiblesse intellectuelle empêche souvent de les examiner directement. Il faut donc avoir recours à l'examen indirect, et examiner les faits incriminés et les accusés. Or, les données relatives aux faits incriminés sont au nombre de quatre, et, par ordre d'importance :

1° Incendies dans des matières faciles à enflammer et n'exigeant guère que l'emploi d'une allumette ; 2° multiples ; 3° à la campagne ; 4° les dimanches et jours de fête à la sortie du cabaret.— Les données relatives aux accusés sont plus importantes, et par ordre de valeur : 1° absence de mobile (circonstance indispensable pour établir l'existence de la pyromanie) ; 2° faiblesse intellectuelle ; 3° troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes ou immédiatement antérieurs (céphalalgie, palpitations de cœur, étouffements, lassitude, faiblesse générale, taciturnité, tristesse, tendance à causer d'incendies) ; 4° antécédents personnels : convulsions dans l'enfance ; développement et troubles de l'intelligence ; névroses ; maladies fébriles ; 5° hérédité nerveuse ; 6° puberté, ménopause ou troubles de la menstruation au moment des crimes ; 7° empressement à porter secours ; 8° préméditation et ruse dans la perpétration des crimes ; dissimulation et mensonges durant l'instruction ; 9° sanité d'esprit affirmée par l'opinion publique ; 10° gens de la campagne. DESCOURTIS.

I. — A case of unconscious homicidal and suicidal impulse (Un cas d'impulsion homicide et suicide inconscient), par Evan POWELL (*Journal of mental sc., janvier* 1887).

II. — Tentative de suicide par pendaison. Amnésie rétro-active, modification du délire, par FÉRÉ et BRÉDA (*Arch. de neurol., t. XII, p.* 377).

I. — Homme de 42 ans, marié, ayant des aliénés dans sa famille et ayant été lui-même aliéné, occupait depuis plusieurs années un emploi de surveillant à la satisfaction de ses chefs, lorsqu'il fut vivement impressionné un jour par la fuite de sa femme, qui quittait souvent le domicile conjugal et lui rendait la vie malheureuse. Aussitôt il se mit à errer dans les rues, cherchant les endroits solitaires pour y cacher sa honte, puis il prit trois verres de bière dans un café et rentra chez lui. Quand l'agent vint ensuite l'éveiller, il ne se souvenait de rien, et, sans provocation, se jeta sur lui. Or, depuis qu'il était rentré chez lui, il était allé dans la chambre de ses enfants, avait pris l'un d'eux, lui avait coupé le cou avec un rasoir, l'avait mis sur son lit, et, se plaçant à côté de lui, avait tenté de se suicider par le même procédé. Il fut prouvé qu'il avait obéi à une impulsion irraisonnée, inconsciente, car il ne se rappelait rien depuis le moment où il était rentré chez lui jusqu'à celui où on était venu l'arrêter. C'est un cas d'absence d'inhibition, comme l'entend Clouston, et provoqué par l'immense chagrin qu'il éprouva tout à coup.

II. — Femme hystérique internée à trois reprises à la Salpêtrière. La der-

nière fois, elle est triste, déprimée, et ne pense qu'à se donner la mort. Le 1er mars 1886, elle avale des épingles. Le 11, elle avale du verre pilé qu'elle vomit presque immédiatement. Le 16, elle avale du chlore dans les cabinets et le vomit. Dans la suite elle fait encore de nombreuses tentatives de suicide. Enfin, le 26 août, elle essaye de se pendre. On coupe la corde et on la rappelle à la vie : la constriction de la corde avait surtout porté du côté gauche du cou. Pendant deux jours elle reste en apparence insensible et inconsciente de ce qui se passe autour d'elle. Puis elle revient à elle, s'étonne de se voir camisolée, montre une physionomie ouverte, et demande à aider à faire le service. Elle ne se rappelle pas la tentative de suicide qu'elle a faite, et son souvenir s'arrête au moment où elle avait la corde fatale à la main. L'amnésie porte sur une période de trente et une heures, comprenant le temps où se sont faits les préparatifs du suicide (amnésie traumatique rétroactive). Second fait remarquable : le délire triste a disparu à la suite de la tentative de pendaison et n'a reparu que huit jours plus tard ; c'est la contre-partie des faits de dépression psychique avec ou sans délire, que l'on observe quelquefois à la suite de chocs violents. DESCOURTIS.

Del sesto ventriculo cerebrale o ventriculo del Verga, par TENCHINI (*Rivista sper. di fren. e di med. leg.*, *fasc.* 1-2, 1886).

L'auteur a trouvé un nouveau cas de ventricule de Verga chez une vieille femme qui avait succombé à des accidents de délire compliquant un traumatisme. Situé au-dessous du corps calleux, en avant du septum lucidum, le ventricule de Verga ou sixième ventricule communique par un conduit étroit (aqueduc de Verga) avec le ventricule du septum lucidum. Dans ce cas, il mesurait 22 millimètres de long sur 6 millimètres de large. Sa forme se rapproche beaucoup de celle du ventricule, du septum lucidum, à en juger par le dessin annexé au travail. Il est tapissé comme les autres ventricules par l'épendyme. Ce sixième ventricule qui est normal dans les derniers mois de la vie intra-utérine et même au début de la vie extra-utérine, ne s'observerait plus tard que dans des conditions anormales, chez des individus qui ont présenté des troubles cérébraux. C'est du moins ce qui ressort de l'examen des faits publiés. F. BALZER.

Ueber eine Form motorischer Störungen der Iris (Modifications de forme de la pupille dans la paralysie générale), par J. SALPŐ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 896, 20 *décembre* 1886).

En dehors du diamètre inégal des pupilles et de leur rétrécissement, il existe chez les paralytiques généraux des troubles de l'innervation motrice de l'iris, auxquels on n'a pas fait assez attention jusqu'ici. Ils consistent essentiellement en ce que, à l'état de repos, la pupille offre toutes sortes de formes autres que la forme circulaire. La pupille semble triangulaire, quadrangulaire, polygonale avec angles mousses, ou bien encore elle représente une fente tantôt verticale, tantôt transversale, ou enfin elle est déformée comme par des synéchies. Ces altérations de la forme des pupilles deviennent surtout manifestes quand on éclaire faiblement avec l'ophthalmoscope le fond de l'œil. En général ces pupilles ne sont pas rigides et offrent en outre la particularité que leur dilatation comme leur contraction fait partiellement ou totalement disparaître ces anomalies de formes ou bien en produit d'autres s'éloignant également de la configuration circulaire. Cette variabilité dans les formes irrégulières des pupilles permet de rapprocher le trouble moteur irien des autres troubles de motilité observés chez les paralytiques généraux, et

de l'expliquer non par un état paralytique mais par un trouble de la coordination ayant le caractère des mouvements ataxiques.

Dans la discussion, Mœli déclare avoir observé ces modifications de forme surtout chez les malades qui ont une immobilité précoce des pupilles, ce que Salpo conteste pour la majorité de ses malades. J. B.

De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique (idiotie crétinoïde), par BOURNEVILLE et BRICON (*Arch. de neurol.*, *t. XII*, *p.* 137 *et* 292).

L'une des formes les plus curieuses de l'idiotie est l'idiotie crétinoïde, étudiée surtout par Fletcher Beach et Ireland. Se fondant sur la découverte d'une maladie nouvelle, le myxœdème ou cachexie pachydermique, Bourneville et Bricon proposent de la désigner sous le nom d'idiotie avec cachexie pachydermique. Ces auteurs rapportent un certain nombre d'observations publiées en France ou à l'étranger, ainsi que plusieurs observations personnelles prises avec beaucoup de détails.

Ils montrent l'inertie et l'obtusion intellectuelle plus ou moins complètes de ces malades ; l'arrêt du développement physique ; l'état spécial de la peau, qui est molle, rénitente et comme œdémateuse, tandis que des tumeurs myxœdémateuses occupent différents points du corps et en particulier les régions susclaviculaires et antérieures des aisselles ; enfin l'absence ou l'atrophie du corps thyroïde qui paraissent constantes. Dans les quatre cas notamment d'idiotie crétinoïde où l'autopsie a été pratiquée, on a invariablement relevé l'absence du corps thyroïde.

D'où il suit qu'il paraît y avoir une relation évidente entre l'absence de cette glande et l'existence du myxœdème ou de la cachexie pachydermique, fait confirmé par les observations d'opérés de thyroïdectomie totale.

Il faut admettre que l'absence de la glande thyroïde ou les altérations pathologiques dont elle peut être le siège, en empêchant totalement son fonctionnement, produisent un état crétinoïde assez voisin du crétinisme avec ou sans goitre. DESCOURTIS.

Cas d'idiotie avec hypertrophie du cerveau, par CULLERRE (*Arch. de neurologie*, *janvier* 1887).

Semi-idiot adulte et bien conformé, parlait, bien que d'une manière très imparfaite, comprenait, agissait, n'était pas absolument dénué de sensibilité affective. Meurt à 53 ans, d'un cancer du foie, sans avoir présenté aucun accident cérébral dans tout le cours de son existence. A l'autopsie on trouve des adhérences des méninges et une hypertrophie du cerveau : il pèse 1,530 grammes. Circonvolutions rares, extrêmement simples ; le cerveau est déplissé comme si on l'avait insufflé intérieurement. Les sillons sont effacés ou à peine indiqués, les scissures sont droites et tout d'une pièce. L'hémisphère gauche est absolument schématique, et tous deux sont simples, surtout dans leur partie antérieure. L'examen histologique a fait constater en particulier un développement exagéré du tissu conjonctif. DESCOURTIS.

De l'emploi de l'acétophénone (hypnone) en aliénation mentale, par MAIRET et COMBEMALE (*Arch. de neurol.*, *janvier* 1887).

Chez vingt-deux malades, les auteurs ont recherché l'influence de l'acétophénone. Or, peu importe la forme revêtue par l'aliénation mentale, peu importe la nature fonctionnelle ou organique du travail cérébral qui

tenait sous sa dépendance l'agitation maniaque et l'insomnie, peu importe l'état de vascularisation du système nerveux, ils n'ont réussi à provoquer le sommeil que deux fois, dans un cas d'illusions viscérales et dans un cas de démence par alcoolisme, mais par une voie indirecte. Il faut donc renoncer à l'usage de l'hypnone en aliénation mentale, puisque les recherches cliniques des auteurs leur ont donné des résultats aussi négatifs que les expériences physiologiques qu'ils avaient tentées. DESCOURTIS.

Cocain in der Psychiatrie, par HEIMANN (*Berlin. klin. Woch., n°* 51, *p.* 895, 20 *décembre* 1886).

Heimann a essayé la cocaïne chez des mélancoliques, des hystériques, des neurasthéniques et des hypocondriaques. Il la leur administrait à doses variables, soit à l'intérieur, soit sous la peau; mais dans aucun cas il n'a obtenu d'effet bien satisfaisant.

La cocaïne peut causer une espèce particulière de délire systématisé, hallucinatoire, avec idées de persécution. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — A case of cerebral abcess with otitis successfully treated by operation (Abcès du cerveau consécutif à une otite : trépanation, guérison), par W. GREENFIELD (*Brit. med. journ., p.* 317, *février* 1887).

II. — Trephining for hemorrhage from middle meningeal artery, par G.-A. BODAMER (*Med. News*, 20 *mars* 1887).

III. — Removal of a large sarcoma causing hemianopsia from the occipital lobe, par W.-R. BIRDSALL et Robert WEIR (*Med. News*, 16 *avril* 1887).

I. — Un homme de 26 ans, atteint de refroidissement deux mois auparavant, est amené à l'hôpital, le 31 décembre 1886, dans un état comateux, précédé de céphalée et de vomissements depuis une dizaine de jours. A son entrée, on le trouve très absorbé, quoique conservant son intelligence, et susceptible de répondre aux questions; il se plaint de souffrir de la tête, mais ne présente ni strabisme, ni photophobie, ni paralysie. L'examen ophtalmoscopique, trois jours après, révéla un gonflement de la papille, dont les bords sont indistincts. On diagnostique une tumeur ou un abcès encéphalique, plutôt qu'une méningite tuberculeuse; il n'existe aucun écoulement d'oreille.

Le 6 janvier, le coma est beaucoup plus prononcé et une paralysie du nerf oculo-moteur du côté gauche se dessine; la moitié correspondante de la face devient anesthésique. La névrite optique est encore plus accusée, limitée à l'œil gauche. Pour la première fois, on constate un léger suintement purulent dans le fond de l'oreille gauche, et l'examen otoscopique révèle une perforation du tympan.

Le 8 janvier, Caird pratique la trépanation à 1 pouce 1/4 en arrière de l'apophyse angulaire externe, et à 1 pouce au-dessus de l'os malaire. La rondelle osseuse enlevée comprend en même temps un fragment du temporal, du pariétal et du sphénoïde. La dure-mère apparaît gonflée et tendue;

incisée, elle laisse échapper de la sérosité louche. Cela fait, on plonge un couteau de Graefe à un demi-pouce directement en dedans, ce qui amène l'issue d'un flot de pus fétide (deux onces environ). Après avoir drainé la plaie, on panse à la gaze phéniquée et à la ouate sublimée.

Après l'opération, retour partiel de la connaissance, mais impossibilité d'articuler les mots, dilatation des pupilles, état soporeux. Le lendemain, beaucoup d'agitation, délire incohérent, mais le malade se rappelle qu'il est à l'hôpital et le ptosis de la paupière gauche a disparu. En injectant une solution boriquée dans l'oreille, elle fait refluer du pus par le drain. Dans la journée, la parole revient d'une façon intelligible.

Le 10 janvier, sommeil tranquille, parole nette et claire, disparition complète du ptosis et de la mydriase, peu de suppuration. On enlève le drain, qu'on remplace par un autre. L'examen ophtalmoscopique montre la papille moins gonflée, et les vaisseaux plus distincts.

A partir du 13 janvier, le liquide injecté dans l'oreille ne passe plus par le drain. L'amélioration continue régulièrement et la guérison est complète dans les premiers jours de février. H. R.

II.— Jeune homme de 18 ans, blessé, par accident, d'un coup de pistolet à la tempe gauche, entré à l'hôpital n'ayant ni douleur ni trouble de l'intelligence. En cherchant la balle on trouva l'os dénudé et entamé. Le lendemain, aphasie légère. On fait aussitôt la trépanation. La balle a fait éclater la table interne sans pénétration ni fragments. A ce niveau, large caillot par plaie de la méningée moyenne. L'aphasie a disparu au réveil de l'anesthésie. Guérison rapide. A. C.

III. — Homme de 42 ans, d'une bonne santé jusque-là. Pas de syphilis ni de coups sur la tête. En août 1885, à la suite d'un bain de mer, premiers symptômes caractérisés par des vomissements, des vertiges, de la céphalalgie, de l'engourdissement dans les membres, troubles de la démarche et diplopie transitoire. Divers médecins consultés portèrent le diagnostic d'ataxie, de méningite spinale, de sclérose multiple.

En octobre 1885, Seguin constate de l'hémianopsie, de la névrite optique, et des divers symptômes conclut à la présence d'une tumeur du lobe occipital droit. Birdsall, qui eut à le soigner plus tard, constata la marche progressive de ces troubles, et devant l'imminence d'une terminaison fatale, l'insuccès de l'iodure, demanda à Weir de pratiquer l'ablation de la tumeur. Le malade, dûment informé des dangers de l'opération, y consentit.

Le 9 mars, après avoir rasé et lavé antiseptiquement la tête, le malade endormi par l'éther, Weir applique une couronne de trépan à 1 pouce de la protubérance occipitale. L'os est épaissi. Une seconde couronne et l'ablation du pont osseux donnent une ouverture de 2 pouces 3/4 sur 2 pouces 1/4. La dure-mère, d'une couleur plus sombre, est incisée, et l'on tombe sur une tumeur volumineuse d'un rouge purpurin, recouverte de grosses veines. Énucléation avec le doigt et la spatule, après avoir incisé la tumeur, l'ouverture ne permettant pas de l'avoir en masse. Sa base est adhérente à la faux. Hémorragie assez abondante qu'on arrête par des éponges. Le cerveau est fortement déprimé, la tente du cervelet est enfoncée et la faux refoulée à gauche. La tumeur pèse 140 grammes.

Ne pouvant lier les points d'où provenait le sang, Weir fait un tamponnement avec la gaze iodoformée ; la dure-mère est suturée à points séparés et le lambeau crânien fermé par des sutures au catgut avec un tube à drainage. Pansement sublimé et iodoformé.

Vers la fin de l'opération, le pouls était tombé, par suite de la perte de sang (10 à 12 onces). Injections de whiskey, lavements de lait et de whiskey. Vers le soir, affaiblissement progressif, le pansement est taché de sang. Transfusion saline dans la veine médiane basilique. On défait le pansement,

on enlève les points de suture, mais comme le pouls se ralentit de plus en plus, on comprime avec un supplément de gaze iodoformée. Nouvelle transfusion sans résultat. Mort dans la nuit. Autopsie refusée. On trouve dans la cavité occupée par la tumeur un large caillot de sang.

La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes.

Weir se reproche de n'avoir pas pu faire l'hémostase d'une façon complète, et dans une autre circonstance il aura désormais recours aux pinces à forcipressure. A. C.

Kyste dermoïde du cuir chevelu siégeant au niveau de la fontanelle antérieure, par R. CONDAMIN (*Lyon méd.*, 27 *mars* 1887).

Cette observation rare (c'est la 6e publiée) a été recueillie dans le service de Poncet, de Lyon.

Femme de 26 ans. On s'est aperçu de la présence de cette tumeur il y a 13 ans. Accroissement progressif. La tumeur a aujourd'hui le volume d'une mandarine, est molle, résistante, à base sur un rebord dur, osseux; la pression ne détermine aucun symptôme cérébral. On diagnostique un kyste congénital; une ponction exploratrice amena en effet un peu de matière sébacée. Ablation. Guérison. La tumeur adhérait à l'os. A. C.

I. — De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique, par SCHWARTZ (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XI*, *p.* 809-819, 1886).

II. — Enuclation of a neuroma, par Moses GUNN (*Journal of Amer. med. Assoc.*, *p.* 427, 16 *octobre* 1886).

III. — Névralgie rebelle du nerf dentaire. Résection de l'extrémité terminale du nerf, par JEANNEL (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *p.* 782-788, *t. XII*).

IV. — Suture du nerf médian. Réunion, par Ch. MONOD (*Ibidem*, *XII*, *p.* 933-935).

V. — Plaie du poignet. Section du nerf médian, suture immédiate. Insuccès, par SCHWARTZ (*Ibidem*, *p.* 942-944).

I. — Torticolis spasmodique par contracture du sterno-mastoïdien gauche du trapèze, et de l'angulaire de l'omoplate gauche, datant de deux ans. Élongation puis résection du nerf spinal gauche (2 centimètres). Disparition du spasme du sterno-mastoïdien et du trapèze en grande partie; persistance de l'inclinaison de la tête sur l'épaule, facilement corrigeable par un appareil. Les crises de contraction douloureuse ont disparu.

Réunissant au sien 8 cas semblables, Schwartz compare les résultats obtenus.

La section ou la résection seule ont été faites dans 5 cas qui ont donné 2 guérisons et 3 améliorations.

L'élongation seule a permis d'obtenir, sur 2 cas, 1 guérison et 1 insuccès complet.

Enfin, la résection précédée d'élongation a fourni 1 guérison et 1 amélioration notable.

C'est cette manière de faire qui paraît avoir le plus de chances de succès, sans être plus dangereuse que l'une ou l'autre opération faite isolément. M. HACHE.

II. — Homme, 36 ans; depuis 14 ans tumeur au 1/3 supérieur du bras droit; pas de douleur spontanée, mais pression douloureuse; la tumeur (un fibrome), longue de trois pouces et demi, large de deux, est mise à nu, incisée

dans le sens de la longueur, et l'on peut l'énucléer facilement, sans réséquer le nerf cubital, qu'elle entoure. Guérison rapide. Les fonctions du nerf, troublées auparavant, se rétablissent d'une façon à peu près complète.

Quatre mois après, la tumeur récidiva, très douloureuse. On l'enleva en reséquant le tronc nerveux. Puis on ouvrit la gaine du médian, on sépara ses fibres et on greffa le bout périphérique du cubital : la fonction se rétablit graduellement. MAUBRAC.

III. — *Obs.* 1. Névralgie rebelle des deux nerfs dentaires inférieurs, mais principalement du nerf du côté droit, chez une malade atteinte de sclérose en plaques. Extension de la douleur aux nerfs linguaux et sous-orbitaires. Insuccès du traitement médical. Résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire droit par le procédé de Ch. Monod. Disparition immédiate des douleurs des deux côtés. Reprise des douleurs, dix jours après, du côté non opéré. Maintien de la guérison du côté opéré, constatée un an plus tard.

Obs. 2. Névralgie rebelle du nerf dentaire inférieur du côté droit ; irradiations douloureuses dans toutes les branches du trijumeau. Même opération que dans l'observation précédente. Prompt retour des douleurs.

IV. — Malade opéré d'urgence, un jour de garde, par l'interne de service Bouisson. Suture du nerf médian et des tendons fléchisseurs au poignet, une heure après la blessure. La sensibilité vraie commence à reparaître au bout d'un mois. Atrophie évidente des muscles de l'éminence thénar.

Ce fait confirme donc les notions classiques sur la dégénérescence du bout périphérique du nerf sectionné.

V. — Section du nerf médian au poignet. Conservation des mouvements du pouce. Suture du nerf six heures après l'accident. Malade perdu de vue, au bout de 5 semaines, sans qu'aucun résultat ait été obtenu, sauf peut-être le retour de la sensibilité sur une étendue très limitée. MAURICE HACHE.

I. — Greffe de peau de grenouille, par VINCENT (*Soc. des sc. méd. de Lyon, janvier, et Lyon méd.* 20 *mars* 1887).

II. — Bone grafting, etc. (Greffe osseuse du maxillaire inférieur), par J. MARSHALL (*Journ. of Am. med. Assoc., p.* 345, 1887).

III. — Greffe animale avec de la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse, par BARATOUX et DUBOUSQUET-LABORDERIE (*Progrès médical*, 9 *avril* 1887).

IV. — Observation de greffe animale à l'aide de la peau de grenouille, par GRANGE (*Union méd.*, 9 *avril* 1887).

I. — Chez un enfant de 2 ans atteint d'une large brûlure ayant soudé les doigts. Il pratiqua la libération par le procédé d'A. Guérin. Pour activer la cicatrisation des surfaces dénudées, il fit au 10e jour des greffes avec des lambeaux de peau de grenouille de 1 centimètre carré. Le résultat fut parfait; en 10 jours, la cicatrisation était complète. A. C.

II. — Une femme de 46 ans a subi pour un ostéo-sarcome la résection de 1 pouce 1/2 du maxillaire inférieur en avant de la deuxième molaire du côté droit. — La réunion osseuse qu'on avait tentée échoua, et le menton fut dévié à 1/2 pouce à droite du milieu de la face. Les douleurs névralgiques dans l'articulation temporo-maxillaire gauche et dans le bras droit firent enlever les tissus de cicatrice et interposer entre les deux fragments remis en place une tige en or.

Quelque temps après, pour combler l'espace séparant les deux fragments, on dénuda et gratta ces derniers ; puis on prit les fémurs d'un lapin, on en coupa 12 petits morceaux de 2 à 6 lignes de long, de 2 à 3 lignes de large et d'une ligne d'épaisseur, recouverte de périoste; après avoir été plongés

dans une solution de sublimé, ces fragments furent placés sur 2 rangées, de telle sorte que l'interne avait le périoste du côté de la muqueuse et l'externe du côté de la peau. La plaie fut suturée et pansement antiseptique. Réunion de la plaie par première intention dans ses quatre cinquièmes. Le 6e jour, le drain fut enlevé et la blessure entière guérit sans suppurer. Le succès paraît complet. MAUBRAC.

III. — La première tentative de greffe fut pratiquée sur un homme présentant de vastes plaies, suite de brûlure sur le pied, plaies datant de cinq semaines, n'ayant aucune tendance à la cicatrisation, et mesurant l'une 9 centimètres sur 4, l'autre 11 centimètres et demi sur 6. Le 20 juin, on fait 4 greffes de peau humaine sur le dos du pied, 4 lambeaux du dos d'une grenouille sur la plante ; le 30 juin, ces derniers ont perdu leur pigmentation. Le 20 juillet, la plaie de la plante du pied est cicatrisée, et la cicatrice est molle, élastique, incolore, tandis que la cicatrice due à la greffe humaine est plus tendue, plus dure, légèrement douloureuse en quelques points. L'examen de la peau, cent jours après, montre qu'il n'y a aucune trace de sueur, aucun follicule pileux.

Dubousquet a eu trois autres succès sur huit tentatives ; dans un cas d'ulcère variqueux il a pratiqué un semis de fines raclures de peau de grenouille ; cinq jours après on voyait de petits îlots de cicatrisation, et l'ulcère était guéri en un mois, tandis qu'un ulcère de l'autre jambe restait stationnaire.

Baratoux a fait des expériences sur 15 sujets, trois interventions pour les perforations du tympan ont réussi. Onze malades traités pour ozène, rhinites ulcéreuses non spécifiques ; il a posé de 10 à 20 greffes pour chacun d'eux ; plus de la moitié des greffes ont réussi, et pour chacun de ces malades le traitement a réussi.

Pour le succès, il faut une plaie bourgeonnant bien, ne saignant pas, ne suppurant pas, ce qui s'obtient avec des pansements antiseptiques répétés soigneusement. Le malade doit rester immobile pendant plusieurs jours. Pour l'oreille ou le nez, le mieux est de placer le lambeau sur le bout d'une pipette spéciale, et la greffe est appliquée en soufflant à l'autre extrémité. H. L.

IV. — Un enfant de 6 ans avait eu, à la suite de fractures compliquées, de vastes pertes de substance cutanée à la cuisse et au pied, qui, sept semaines après l'accident, n'avaient pas tendance à la cicatrisation. Grange prit sur le ventre de grenouilles des lambeaux disséqués sous l'eau phéniquée, les appliqua sur les plaies, préalablement humectées par un lavage à l'eau phéniquée faible, recouvrit le tout de morceaux de papier huilé et phéniqué, de gaze phéniquée maintenue humide à l'aide de ouate hydrophile. Au bout de quatre jours les plaies bourgeonnaient autour des greffes. Un mois après les plaies étaient cicatrisées et l'on ne voyait aucune trace de pigmentation. H. L.

I. — Heilung von Strumen nach Tracheotomie (Goitres guéris à la suite de la trachéotomie), par LUENING (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 21, *p.* 526, 1er *novembre* 1885).

II. — Le traitement des goitres parenchymateux et fibreux par les injections interstitielles de teinture d'iode, par TERRILLON et SEBILEAU (*Archives de méd.*, *janvier* 1887).

III. — Unterbindung der Arteriæ thyroïdeæ superiores wegen eines Kropfes (Ligature des thyroïdiennes supérieures dans un cas de goitre), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 5 *novembre* 1886).

IV. — Sur la thyroïdectomie, par OLLIER (*Lyon méd., p.* 472, 3 *avril* 1887).

V. — Ueber Cachexia strumipriva (*Cong. des natural. allem.*; *Cent. f. Chirurg.*, *n°* 45, 1886).

VI. — Myxœdema following upon removal of the thyroïd gland, par J. GORDON (*The Lancet*, 10 *juillet* 1886).

VII. — Ein Fall von Cachexiá strumipriva, par Hans SCHMIDT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 509, 2 *août* 1886).

I. — Il s'agit de goitreux, trachéotomisés d'urgence à cause de l'asphyxie imminente, et chez lesquels la tumeur du corps thyroïde a peu à peu repris dès lors son volume normal.

1er *cas.* Fille de 17 ans ayant de la gêne respiratoire depuis 10 ans. Admise pour une fièvre typhoïde, on constate l'existence d'un goitre volumineux, dur. Peu de jours après, phénomènes de rétrécissement des voies aériennes et asphyxie : trachéotomie inférieure. La trachée ramollie, en forme de fourreau de sabre, était refoulée en arrière de l'articulation sterno-claviculaire droite.

Deux mois plus tard on ne voyait presque plus trace de goitre. La canule ne put être rétirée que deux mois après l'opération. Quatre ans plus tard la guérison se maintient entière et le corps thyroïde avait repris ses dimensions normales.

2e *cas.* Jeune homme de 17 ans, ayant depuis quelques mois seulement un gonflement du cou et une dyspnée croissante. Goitre volumineux, mou, s'étendant du cartilage cricoïde jusqu'à la racine du cou. Nulle part on ne sentait la trachée. Les accès de suffocation sont devenus presque quotidiens. Trachéotomie inférieure au milieu de l'un d'eux. Trachée ramollie, anguleuse. Ablation de la canule au bout de 3 mois avec disparition complète de la tumeur thyroïdienne.

Luening a observé deux autres faits tout à fait analogues, il en a trouvé sept dans la littérature. Un certain nombre de ces malades étaient soumis simultanément à une cure iodée; mais chez plusieurs d'entre eux, avant la trachéotomie, l'iode n'avait donné aucun résultat.

Dans la discussion, Kroenlein se demande si chez quelques-uns de ces malades les accidents d'asphyxie n'ont pas été provoqués par une inflammation aigüe du corps thyroïde hypertrophié, qui a rétrocédé à la suite de la trachéotomie, en entraînant l'atrophie de la glande elle-même.

II. — La teinture d'iode pure doit être préférée. Elle jouit d'une innocuité parfaite, quand on l'injecte dans le corps thyroïde. Le manuel opératoire, très simple, doit néanmoins être entouré de quelques précautions, décrites minutieusement par les auteurs : l'injection est suivie d'une douleur variable comme intensité qui se fait sentir au niveau de l'oreille. D'ordinaire, pendant les jours consécutifs, il n'y a pas ou peu de tuméfaction, pas ou peu de gêne fonctionnelle, pas de fièvre. Les accidents consécutifs sont tout à fait exceptionnels. On a cependant cité quelques cas de mort subite aussitôt après l'opération ou même pendant son cours. Les accidents d'ordre réflexe paraissent être les phénomènes de l'ordre inhibitif exercés sur le nerf pneumogastrique. Le mode d'action de la teinture d'iode est interprété de deux manières. Certains auteurs croient à une véritable action spécifique; d'autres ne concèdent à la teinture d'iode qu'une action modificatrice non spécifique.

Le traitement réussit dans tous les cas; mais la guérison ne s'opère qu'avec lenteur. Pour un goitre moyen, il faut ordinairement 2, 3, 4, quelquefois 5 ou 6 mois pour obtenir la guérison.

L'injection iodée doit être préférée à la thyroïdectomie, opération dont la gravité immédiate n'est pas à démontrer, et qui peut être suivie des symptômes du myxœdème opératoire. RICHARDIÈRE.

III. — Une femme de 33 ans, atteinte d'orthopnée et de cyanose, offre une hypertrophie notable du corps thyroïde; le lobe droit est gros comme le poing, le gauche plus petit. L'artère thyroïdienne supérieure droite a le volume d'une carotide normale, et la carotide de ce côté est dilatée. Comme l'extirpation du corps thyroïde paraît impossible, l'auteur pratique la ligature des deux thyroïdiennes supérieures, dont il perçoit très nettement les battements. Après l'opération, le sujet se dit fort amélioré; la dyspnée diminue, la cyanose cesse. Seulement l'opérée a ce jour-là de la contracture des extrémités.

Dans la suite, les accidents dyspnéiques cessent, et au bout de 27 jours le goitre a diminué de 7 centimètres. L. GALLIARD.

IV. — Ollier a pratiqué 5 fois la thyroïdectomie partielle avec 4 succès; l'insuccès se produisit chez une femme de 63 ans qui fut prise de bronchite capillaire après l'opération.

Dans un cas, un prolongement de la tumeur nécessita la ligature de l'artère thyroïdienne supérieure. Une hémorragie survint, qui obligea à lier la carotide primitive; l'opération ne fut suivie d'aucun accident, sauf le rétablissement lent de la circulation faciale. Température faciale 37°,38; du côté opéré, 38°,33. La malade n'avait que 24 ans.

Dans un cas de goitre exophtalmique, la cautérisation du kyste par la pâte de Canquoin amena une disparition des accidents. A. C.

V. — Baumgärtner a vu des extirpations totales du corps thyroïde qui n'ont amené aucune suite fâcheuse. — Si la cachexie n'est pas survenue au bout de 2 mois, elle n'est plus à craindre. L'auteur ne croit pas que l'extirpation du corps thyroïde soit seule cause de la cachexie strumiprive. Il l'attribue surtout aux blessures nerveuses. Il ne croit pas qu'il faille absolument rejeter l'extirpation totale du corps thyroïde; mais il faut modifier l'opération, limiter le plus possible le champ opératoire, éviter le nerf récurrent, diminuer le nombre des ligatures.

Semon attire l'attention sur le myxœdème, maladie en tout semblable à la cachexie strumiprive. — Dans tous les cas on a trouvé une absence totale du corps thyroïde, mais aucune altération du côté du grand sympathique. — L'auteur considère la cachexie strumiprive et le myxœdème comme deux phases différentes de la même maladie : l'absence du corps thyroïde. Il croit que dans les cas où la cachexie a manqué, c'est qu'il restait quelque portion de la glande.

Bardeleben pense que les expériences faites sur les cobayes, les chèvres, les chats, etc., sont sans valeur, la thyroïde est si petite chez ces animaux qu'elle n'a sans doute pas la même signification que chez l'homme.

Sur une douzaine d'opérés, il n'a pas vu un seul cas de cachexie strumiprive. Les thyroïdes accessoires paraissent être très rares.

Schmidt présente un jeune homme de 17 ans opéré par lui 3 ans avant, qui est atteint de la cachexie.

Julius Wolff a employé son procédé dans un cas sans faire une ligature. Mais dans un septième cas les ligatures furent inévitables.

Witzel, sur 12 malades, a vu une jeune fille qui avant l'opération

présentait des symptômes de myxœdème. Lorsqu'on arrosa la plaie avec une solution d'acide phénique, une toux violente et des symptômes de collapsus se manifestèrent.

Küster sur 40 thyroïdectomies, dont huit totales, n'a vu qu'un cas de cachexie.

Geuzner se range à l'avis de Semon. Le travail de Kaufmann ne saurait être un argument tout acquis. Car ce n'est pas la thyroïde, mais la glande sous-maxillaire que cet auteur a extirpé. PIERRE DELBET.

VI. — Femme de 42 ans, ablation complète du corps thyroïde. Résultat opératoire irréprochable, mais bientôt après altérations graves de l'habitus général : pâleur cireuse et blafarde, bouffissure des lèvres, regard terne et sans expression; parole lente, hésitante et nasonnée; urines rares, non albumineuses. Au bout de six mois, l'enflure gagne les doigts, le dos des mains, les poignets, qui prennent une coloration violacée; les mouvements deviennent lents et maladroits; il survient de l'anesthésie cutanée, rendant la couture impossible. Démarche hésitante et chancelante; sensation de linge humide sous les pieds; la malade trébuche au moindre obstacle. Les troubles augmentent par les temps froids; du reste, il y a toujours une sensation de froid, quelle que soit la température extérieure. (T. axillaire 36° à 36°,5.) Ballonnement du ventre par paralysie intestinale. La peau devient sèche et rugueuse, puis commence à desquamer en poussière furfuracée et même en écailles. Chute progressive et rapide des cheveux. Diminution marquée de la mémoire sans trouble appréciable des autres facultés. — Au bout de quatre ans, l'état de la malade a commencé à s'améliorer insensiblement : l'anesthésie cutanée a disparu, les cheveux ont repoussé, la parole est redevenue plus nette, et aujourd'hui (onze ans après l'opération) la malade est beaucoup mieux, sous tous les rapports, mais elle est loin d'être revenue à l'état de santé dont elle jouissait auparavant. H. BARTH.

VII. — Parmi les 25 extirpations du corps thyroïde pratiquées dans le service du professeur Küster, à l'hôpital Augusta de Berlin, se trouvent 6 extirpations totales et 17 ablations uni-latérales de goitres et deux extirpations de goitres cancéreux. Ces deux derniers opérés ont succombé l'un à la septicémie, l'autre, peu de temps après l'opération, à des métastases.

Tous les malades qui ont subi l'ablation partielle ont guéri et ne présentent aucun trouble morbide.

Quant aux 6 malades qui ont subi l'ablation totale du corps thyroïde, deux sont morts d'hémorragies, peu après l'opération. Un homme âgé de 18 ans est mort tuberculeux, un peu plus d'un an après la thyroïdectomie. Une jeune fille est encore en parfaite santé, bien qu'opérée il y a plusieurs années. Une femme de 38 ans a dû, 6 mois après la thyroïdectomie, être trachéotomisée pour une paralysie progressive des dilatateurs de la glotte, et elle est cause obligée de porter une canule. Enfin la sixième opérée offre un exemple typique de la déchéance à la fois physique et intellectuelle signalée après les extirpations de goitre. Schmid donne l'observation détaillée de ce malade; elle a été déjà résumée (R. S. M. XXIX, 242). J. B.

I. — De l'intervention opératoire dans les maladies du poumon, par DE CÉRENVILLE (*Revue médicale de la Suisse romande*, *V*, 441).

II. — Operative Behandlung einer bronchiektatischen Kaverne (Traitement

chirurgical d'une caverne bronchectasique), par E. ROCHELT (*Wien. med. Presse*, n° 39, *p.* 1264, 1886).

III. — Chirurgische Behandlung einer Lungengangrän; Heilung (Traitement chirurgical d'une gangrène pulmonaire. Guérison), par E. ROCHELT (*Wien. med. Presse*, n° 39, *p.* 1266, 1886).

IV. — Pneumonia followed by abscess of the lung (Pneumonie suivie d'abcès du poumon traité par la ponction et le drainage; mort), par BROOKHOUSE (*The Lancet*, 12 *juin* 1886).

V. — Two cases of bronchiectasis treated by paracentesis (Deux cas de bronchectasie traitée par la paracentèse), par Th. WILLIAMS et Rickman GODLEE (*Royal medic. and chir. Society in Brit. med. journ.*, *p.* 590, *mars* 1886).

VI. — Pneumotomie pour un abcès pulmonaire, par de BEURMANN et PRENGRUEBER (*Acad. de méd.*, 19 *octobre* 1886).

VII. — Pneumotomie, par THIRIAR (*Acad. de méd. de Belgique*, 27 *novembre* 1886).

VIII. — Ueber Lungenchirurgie (Résection du poumon pour sarcome récidivant de la paroi costale), par KRŒNLEIN (*Berlin. klin. Woch.*, n° 12, *p.* 185, 22 *mars* 1886).

I. — Le mémoire de de Cérenville est basé sur 8 opérations personnelles comprenant 2 cas d'excavations bronchiectasiques traitées par la ponction avec un gros trocart et la dilatation avec la laminaire; 4 cas d'excavation tuberculeuse du lobe supérieur, dont l'un chez une jeune fille de 15 ans; pas de gangrène du lobe inférieur et 2 cas d'abcès enkystés de la plèvre, simulant une excavation pulmonaire.

La méthode opératoire préconisée par l'auteur est l'incision intercostale avec résection des côtes; en procédant ainsi, contrairement à Fenger et à Hollister, qui se bornent à la thoracotomie, il ne craint pas d'attaquer une caverne située derrière la clavicule, au moyen de la résection de la 2e et de la 3e côte. Quant à celle de la 1re côte, elle est inutile et dangereuse; de Cérenville, qui l'a faite une fois, s'est convaincu de l'impossibilité de réséquer plus de 1 centimètre de cet os.

Parfois la plèvre épaisse et endurcie se distingue difficilement du poumon sclérosé; cependant le parenchyme pulmonaire saigne davantage et a une consistance moindre que la plèvre, et lorsqu'on arrive à proximité d'une caverne, il se produit un léger bruit de gargouillement; enfin on pourra, dans le doute, faire séance tenante une préparation microscopique sommaire d'un fragment enlevé avec l'ongle.

Dès qu'il y a hésitation sur l'adhérence des plèvres, le mieux est d'opérer en deux séances, à 48 heures de distance, après avoir placé quelques sutures pour faire adhérer artificiellement les feuillets pleuvraux.

Au lieu d'inciser le parenchyme pulmonaire, de Cérenville l'a quelquefois creusé avec le doigt ou détruit avec la pâte de Canquoin.

Les avantages de la résection costale sur la formation et l'incision simple sont de donner du pus, de favoriser la rétraction du thorax (ce qui améliore les conditions mécaniques de l'occlusion des cavités pulmonaires) et de faciliter les pansements.

A l'aide du miroir laryngoscopique, de Cérenville a pu suivre au fond

de la cavité les progrès du travail de séparation par bourgeonnement, qui a lieu même chez les tuberculeux cachectiques.

L'hémorragie opératoire n'est jamais abondante. Lorsqu'elle est un peu forte, le sang revient dans les voies respiratoires, mais cette hémoptysie artificielle cède au tamponnement sur place.

Une seule fois, l'auteur a vu, plusieurs jours après l'opération, apparaître une nappe de sang rutilant après avoir arraché une masse caséeuse, encore adhérente au poumon; l'hémorragie a d'ailleurs cessé immédiatement par l'application de tampons de ouate. Jamais il n'a observé d'inflammation consécutive à l'opération du poumon. Aussi conclut-il que l'opération qui consiste à pénétrer dans le tissu pulmonaire, soit par le bistouri, soit par les caustiques, est inoffensive en elle-même, et qu'à condition de l'adhérence des plèvres, elle peut se tenter dans un but d'exploration sans exposer l'opéré à des accidents graves.

Après avoir employé les désinfectants liquides, de Cérenville y a renoncé, parce qu'introduits dans un foyer en communication avec les bronches, ils provoquent des accès de toux et de suffocation, et qu'en outre ils ramollissent la surface de coupe du poumon et diminuent la réaction.

Pour lui, le vrai pansement est le pansement sec qu'il pratique en couvrant la cavité de bourdonnets de coton simple, pour les premiers jours au moins. Ce coton absorbe le sang, ferme les orifices bronchiques et empêche les liquides d'y pénétrer ; il arrête ainsi la toux. Au bout de 12-24 heures, les tampons doivent être renouvelés. A partir du 3e jour on peut les saupoudrer d'iodoforme.

L'acide phénique est intolérable pour les malades, à cause du goût de ses vapeurs et de l'irritation qu'il détermine dans les premières voies ; l'iode, par la même raison, doit être appliqué avec prudence. D'autre part, un tampon térébenthiné a causé la mort d'un des opérés de Cérenville (bronchiectasique), en déterminant une inflammation violente des bronches.

Dans les cavernes tuberculeuses, l'opération a pour résultat une diminution rapide de l'expectoration et partant de la toux, le pansement absorbant les produits de la suppuration.

Dans les cavernes bronchiques, l'intervention chirurgicale a immédiatement tari les sécrétions et fait cesser la toux et l'odeur gangreneuse; peu à peu les signes amphoriques ont été en décroissant et l'état général s'est élevé. Mais les deux opérés ont succombé, l'un, un aliéné, au bout de 16 semaines par refus de nourriture, l'autre au bout de 2 mois par la bronchite due à la térébenthine.

L'opération paraît indiquée à de Cérenville dans trois catégories d'affections thoraciques :

1° Les affections aiguës atteignent rapidement la plèvre : gangrène, infarctus hémorragiques ou emboliques suppurés, abcès spontanés ou traumatiques, hydatiques.

2° Excavations chroniques, surtout bronchiques. L'indication est plus discutable pour les cavernes tuberculeuses, à moins qu'on ne soit sûr de l'existence d'une lésion circonscrite n'ayant pas encore donné lieu à une infiltration. En tout cas, si la lésion est plus étendue qu'on ne supposait, l'opération sera encore profitable à titre palliatif. En cas de cavernes tuberculeuses, le curage des parois est nécessaire.

3° Excavations de nature douteuse, telles que suppurations enkystées de la plèvre avec pénétration dans une bronche (pyopneumothorax du sommet), pneumonies du sommet à évolution anormale. J. B.

II. — Rochelt a traité un homme de 54 ans, atteint de catarrhe bronchique ancien, sans bacilles, et porteur d'une caverne du lobe inférieur droit. En mars 1883, pleurésie droite avec accès fébrile intense; la ponction fournit du pus; thoracotomie et résection de la 6e côte. Au bout de 2 jours, l'auteur explore la plèvre et trouve un point fluctuant dans le poumon.

Il ouvre la poche pulmonaire, avec le thermocautère Paquelin, et introduit le doigt dans une cavité grande comme un œuf de poule, à parois lisses; il s'en écoule du pus en abondance.

Drainage, injection d'eau boriquée; toux violente. Les jours suivants, la toux diminue. Au bout de cinq semaines, le malade est guéri. Après les deux premiers jours on a tamponné la cavité pulmonaire avec la gaze iodoformée.

L. GALLIARD.

III. — Fille de 30 ans. Cachectique, amaigrie, crachant du pus fétide et des débris gangreneux. Elle porte deux abcès de la paroi thoracique au niveau de la 6e côte gauche, un exsudat pleural purulent et une caverne pulmonaire à la base gauche.

Incision des abcès, puis section du 6e espace et drainage. Au bout de quelques jours, la fièvre persistant, le chirurgien se décide à compléter l'opération. Il n'ose pratiquer la résection costale à cause de l'état cachectique de la patiente, mais ouvre la caverne pulmonaire avec le bistouri. Il s'écoule du pus gangreneux, mais le bistouri a ouvert un vaisseau important : l'opéré tousse et crache du sang. On tamponne la cavité avec la gaze iodoformée et l'hémorragie s'arrête. Les jours suivants, lavage de la plaie au sublimé, extraction d'escarres pulmonaires, drainage. Dès lors, apyrexie. Guérison du poumon en 4 semaines. On laisse encore un drain dans la plèvre pendant quelque temps. L. GALLIARD.

IV. — Homme de 36 ans, atteint trois mois auparavant d'une pneumonie qui a guéri incomplètement, laissant une douleur thoracique avec toux et dyspnée ; depuis six semaines, crachats fétides. A l'entrée, signes d'excavation à la base gauche, avec expectoration purulente noirâtre, d'une épouvantable fétidité, que n'amende pas l'usage de l'essence de santal et des inhalations de térébène. Ponction avec le gros trocart et introduction d'un drain par la canule; on obtient environ 12 grammes de pus; les tentatives de lavage par injection sont suivies de violents accès de toux, et du rejet des liquides par la bouche. Le cinquième jour, frisson violent, suivi d'une exacerbation de la toux et de la dyspnée; signes de broncho-pneumonie diffuse; mort le septième jour. A l'autopsie, on trouve une caverne du volume du poing, à parois lisses et indurées, occupant le lobe inférieur gauche et communiquant par deux orifices avec une bronche de second ordre; infiltration purulente du poumon droit, dans toute sa hauteur. H. BARTH.

V. — Obs. 1. — Homme de 67 ans, souffrant depuis deux ans de bronchite, avec pleurésie sèche du poumon gauche. L'expectoration devint profuse et fétide, en dépit des traitements antiseptiques. On diagnostique une bronchectasie à la base du poumon gauche ; il existait au niveau du huitième espace deux foyers de gargouillement et de souffle cavitaire. Après une ponction aspiratrice à ce niveau, la paroi thoracique fut ouverte et drainée. Le résultat de cette opération fut la cessation de la toux et de la fétidité des crachats; au bout de six semaines, la suppuration disparut et la plaie guérit. L'auscultation permit de constater, non seulement la disparition des bruits morbides au niveau du foyer drainé, mais aus i de l'autre foyer de gargouillement. Neuf mois plus tard, le malade pouvait faire de longues courses et ne toussait plus.

Obs. 2. — Jeune fille de 21 ans : à la suite d'une fièvre typhoïde, expectoration fétide et purulente, hémoptysies. Il existe plusieurs foyers bronchectasiques, du souffle et des râles au niveau des sixième et septième espaces. L'état restant mauvais malgré le traitement antiseptique, on se décide le 29 juin à faire des ponctions exploratrices avec un fin trocart dans chacun des foyers ; aucun résultat n'est obtenu. Il en est de même d'une ponction avec un grand trocart aspirateur et une canule placée à demeure. Le 16 juillet, Godlee se décide à une opération plus radicale. Il résèque antiseptiquement 1 pouce de la huitième côte, puis fait pénétrer dans le poumon une canule et un trocart à la profondeur de 5 pouces ; cela fait, il incise le poumon et y place un tube à drainage. La plaie guérit progressivement et la malade quitta l'hôpital au commencement de septembre, fort améliorée, crachant fort peu, et n'ayant que très rarement un crachat fétide.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Goodhart et Percy Kidd présentent des objections tirées de l'extrême difficulté de porter un diagnostic précis, et du danger des hémorragies intrapulmonaires qui sont quelquefois considérables et fort difficiles à arrêter. H. R.

VI. — Enfant de 12 ans, entrée à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable siégeant à la partie moyenne du poumon droit. Les crachats étaient fétides et abondants, ils étaient rendus en masse, après les quintes de toux, sous forme de petites vomiques, répandant une odeur gangreneuse intense.

On décida de pratiquer la pneumotomie.

Le point où la caverne semblait le plus facilement accessible était placé sur le trajet d'une ligne verticale passant par l'angle inférieur de l'omoplate, à trois travers de doigt au-dessous de cet angle. A ce niveau, Prengrueber tailla un lambeau cutané en forme d'U à base supérieure et qui fut relevé vers la partie supérieure. Le grand dorsal fut divisé au moyen d'une incision cruciale et écarté de façon à découvrir les cinquième et sixième côtes dans une étendue de 6 à 7 centimètres. Résection de 5 centimètres des cinquième et sixième côtes. Incision du poumon jusqu'à la caverne, au thermocautère.

A la profondeur de 3 centimètres, l'instrument pénétra dans une cavité par laquelle sortit un air méphitique accompagné de quelques sécrétions bronchiques. L'incision fut agrandie assez pour permettre au doigt d'entrer librement dans la caverne. Aucun lavage de la cavité. Le lambeau cutané fut alors suturé, sauf dans sa partie inférieure ; drainage de la cavité et pansement à l'iodoforme.

Suites opératoires simples.

Au troisième jour, l'air ne sortait plus aussi librement par la plaie thoracique. Injection d'une solution phéniquée à 1 0/0. Guérison rapide.

VII. — Observation de pneumotomie pour une large caverne produite par une pleurésie. Le malade, entré pour un épanchement, est ponctionné, le 22 juin, sans résultat. Vomique le 27. A la suite de cet accident, alternatives de fièvre ; le foyer se vide mal et Thiriar se décide à l'opération le 27 août. Large incision en L, résection de quatre côtes, incision du parenchyme au thermocautère, qui conduit dans une large cavité ; les injections ressortent par la bouche. En peu de temps la guérison survint ; le malade conservait de l'affaissement de la paroi, qui diminuait sous l'influence de l'aérothérapie. On trouva dans les produits de la cavité le microcoque de la gangrène pulmonaire. A. C.

VIII. — Kroenlein a eu l'occasion de revoir au bout de deux ans la femme à qui il avait fait une résection partielle du poumon pour un sarcome récidivé de la paroi costale avec extension au poumon (*R. S. M.*, XXV, 295).

Bien que cette femme accusât quelques douleurs, soit au niveau de la cica-

trice, soit dans l'épaule et la paroi thoracique opposée, elle ne présentait aucune apparence de récidive.

La paroi thoracique privée de côtes est affaissée sur une longueur de 10 centimètres et une largeur de 4. Le rétrécissement est modéré et varie suivant les points de 3 à 5 centimètres. J. B.

I. — Tumeur névralgique de la mamelle, par ROUTIER (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XII*, *p.* 81-83).

II. — Recherches anatomiques sur les kystes simples de la mamelle, par GRIAS (*Thèse de Paris*, 1886).

III. — Rapports entre certaines inflammations et tumeurs du sein (Maladie noueuse de la mamelle), par G. PHOCAS (*Thèse de Paris*, *n°* 9, 1886).

I. — Jeune femme de 21 ans, souffrant depuis 13 mois d'une névralgie mammaire sans que l'exploration la plus attentive puisse faire reconnaître autre chose que quelques lobules mammaires un peu résistants, sans tumeur proprement dite. La douleur résistant à tous les traitements, le lobule mammaire douloureux fut enlevé. Guérison rapide. La malade, revue plus de trois mois après, était définitivement débarrassée de ses douleurs.

Le microscope a montré l'hypertrophie de tous les éléments normaux du sein. On pourrait presque dire « adénome ». MAURICE HACHE.

II. — Les kystes simples sont ceux qui existent en dehors de toute autre manifestation morbide : ils sont très rares; cependant l'auteur en a observé 4 exemples dont il donne l'examen très détaillé. La formule générale de la structure de ces kystes peut s'énoncer : paroi non isolable, exclusivement formée de tissu conjonctif condensé, revêtue d'un épithélium pavimenteux à grandes cellules de formes variables, à contenu liquide de coloration variable; pas de production néoplasique, soit à l'intérieur de la cavité, soit dans la paroi, soit dans le tissu voisin.

Ces kystes se formeraient par agrandissement des culs-de-sac; les conduits galactophores s'obturent probablement : ils ne se dilatent pas. Les parties voisines comprimées se tassent et s'atrophient. Ce qui est le plus certain, c'est que ces kystes se développent sous une influence tout autre que celle d'un néoplasme siégeant dans la paroi. MAUBRAC.

III. — Au sein, une affection inflammatoire peut être prise pour une tumeur, et une tumeur pour une affection inflammatoire. C'est à préciser les signes différentiels capables de guider sûrement le diagnostic dans ces cas embarrassants que s'attache l'auteur, dans la première partie de son travail. Il donne l'analyse délicate des symptômes des inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques du sein, et signale les points saillants qui peuvent mettre en garde comme une erreur d'interprétation.

Dans la deuxième partie, il étudie la « tumeur mammaire chronique », qu'il désigne sous le nom de « maladie noueuse ».

De début lent, insidieux, à croissance régulière, diminuant parfois, douloureuse à son origine, la tumeur développée se présente mobile, distincte, superficiellement située, offrant la sensation d'un corps étranger, mais dont la mobilité est limitée par un pédicule; à côté de la tumeur, quantité d'autres bosselures. La peau est indépendante, et souvent, dans l'aiselle, est un ganglion. La tumeur peut devenir irritable.

La marche est éminemment oscillante, par saccades : la terminaison par la guérison spontanée ou par la compression, caractérise ce genre de tumeurs.

Il est des formes frustes, avec excès ou défaut de volume de l'un des deux éléments (tumeur principale, nodosités satellites), le diagnostic devient alors difficile; avec le fibrome surtout, la confusion est possible.

La nature de la tumeur est inflammatoire, c'est une mammite chronique. MAUBRAC.

I. — A treatise on amputations of the extremities and their complication, par B.-A. WATSON (*In-8°, Philadelphie*, 1885).

II. — De l'ostéoclasie, par POUSSON (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

III. — Opération ostéoplastique sur le pied, par TAUBER (*Congrès des méd. russes, Saint-Pétersbourg*, 1885).

IV. — Du raccourcissement méthodique des os des membres dans le traitement des lésions avec destruction étendue des parties molles, par MARTEL (*Gaz. méd. de Paris*, 6 *mars* 1886).

V. — De l'arthrotomie, par JALAGUIER (*Thèse d'agrég., Paris*, 1886).

VI. — De la valeur des résections traumatiques, par DELORME (*Arch. de méd. milit.*, 1er *juin* 1886).

VII. — *Idem*, **par RAMONET** (*Ibidem*, 1er *juillet* 1886).

VIII. — Die heutigen Indicationen zu Gelenkresectionen...(Indications actuelles des résections articulaires primitives et secondaires pour les plaies par armes à feu), par SCHUCHARDT (*Deut. Zeit. f. Chir., XXIII, Heft* 5 *et* 6).

IX. — Zur Frage der Kniegelenkresection... (De la résection du genou chez les enfants), par PETERSEN (15e *cong. des chir. all.; Cent. f. Chir., n°* 24, 1886).

X. — Zur Extirpation der Synovialis... (Extirpation de la partie postérieure de la synoviale du genou), par D.-G. ZESAS (*Cent. f. Chir., n°* 28, 1886).

XI. — Amputations for joint disease when lung tuberculosis coexist, par Lewis PILCHER (*Annales of surgery, p.* 101, *février* 1887).

I. — L'étude même des méthodes et des procédés d'amputation n'est que la partie la plus courte de ce volume. L'entrée en matière se compose de quatre chapitres où l'auteur envisage l'historique des amputations, leurs indications, et quelques considérations préliminaires qui s'y rattachent, par exemple, la comparaison des amputations dans la continuité et des désarticulations; les déterminations de la méthode et du procédé; le choix d'un anesthésique; le nombre, la position des aides, les instruments, l'hémostase, la question de la réunion et des sutures.

Après avoir passé en revue les amputations en particulier, Watson décrit les pansements divers qu'on doit appliquer sur le moignon; et après avoir consacré un chapitre à la prothèse, il décrit sommairement les principales complications de ces opérations, parmi lesquelles les complications septiques, les ostéomyélites, le tétanos, sont traités avec des détails particuliers.

Le chapitre le plus intéressant de ce traité est celui que l'auteur consacre à l'étude des membres artificiels; on y trouvera la description très minutieuse de la plupart des appareils qui sont ou qui ont été usités pour suppléer au membre absent.

De très nombreuses figures, quelques planches en couleur, rendent l'intelligence du texte facile. P. B.

II. — Cette monographie très complète débute par une description des divers ostéoclastes et de leur mode d'emploi. Puis, d'après les expé-

riences de Demons, de Collin et les siennes, Pousson étudie les effets immédiats de l'ostéoclasie, les lésions qu'elle détermine, c'est-à-dire, lorsque l'opérateur est devenu habile par quelque pratique de l'appareil, une fracture le plus souvent nette, sans dentelure et sous-périostée. Les soins consécutifs, tout simples qu'ils paraissent, sont de la plus haute importance : ce sera d'abord l'immobilisation dans une gouttière en plâtre moulée avant l'opération sur le membre difforme : on évitera ainsi la rupture et le décollement du périoste, et on n'opérera le redressement que 6 à 8 jours après l'intervention. Les accidents sont rares : le plus fréquent, de très courte durée, est la douleur dans l'articulation avec hydarthrose.

Après cette étude générale, Pousson envisage les cas particuliers où le chirurgien doit briser un segment osseux : il les groupe en quatre chapitres, dans chacun desquels il étudie les indications et contre-indications, les résultats de l'opération, et établit un parallèle entre l'ostéoclasie et l'ostéotomie, dont les conclusions sont en général très favorables à l'ostéoclasie.

Dans les cals vicieux (tableau de 118 ostéoclasies), au point de vue des résultats opératoires, supériorité réelle de l'ostéoclasie; au point de vue des résultats thérapeutiques, valeur sensiblement égale.

Pour les courbures rachitiques (tableau de 57 ostéoclasies), trois moyens thérapeutiques sont en présence d'efficacité et de gravité croissantes : ostéoclasie manuelle, instrumentale, ostéotomie. Mais comme il n'existe pas de signes qui permettent de reconnaître la résistance, la dureté du squelette devié, source unique des indications de ces divers modes de traitement, il sera sage d'essayer, un cas étant donné, la série ascendante des moyens dont dispose la thérapeutique chirurgicale.

L'auteur admet que pour le genu valgum les deux opérations sont également inoffensives, rapides et efficaces.

Appliquée au traitement des ankyloses, l'ostéoclasie, toutes les fois qu'elle satisfera aux indications réclamées pour le redressement des articulations ankylosées, devra être employée de préférence à l'ostéotomie. MAUBRAC.

III. — L'opération que propose Tauber est destinée au cas où les téguments de la face externe du pied sont lésés. L'incision commence sur le bord externe du tendon d'Achille, passe horizontale sous la malléole externe, se recourbe au niveau de l'interligne tibio-tarsien, traverse les faces dorsale et interne du pied, et se continue dans la même direction jusqu'au milieu du pied, puis revient, en contournant le talon, à son point de départ. Le second temps de l'opération est l'ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, l'extraction de l'astragale et la désarticulation du pied antérieur dans l'interligne de Chopard. Le troisième temps consiste à scier verticalement le calcanéun suivant son grand axe, c'est-à-dire à retrancher toute sa moitié externe, tandis que sa moitié interne reste adhérente au lambeau interne. On scie ensuite les os de la jambe, et on applique la surface calcanéenne à la surface de section du tibia et du péroné. PIERRE DELBET.

IV. — Le raccourcissement méthodique des os peut être substitué à l'amputation indiquée par la perte de substance des parties molles et l'impossibilité de la cicatrisation régulière.

Les avantages de ce mode de traitement, évidents en théorie pour le membre supérieur, ont été réalisés à la jambe, qui, raccourcie de 8 centimètres environ, est restée utile.

Le raccourcissement méthodique des os a été appliqué à la rectification des fonctions de l'avant-bras avant d'être employé pour la conservation d'un membre gravement mutilé. Il pourra être aussi substitué à l'amputation dans les pertes de substance dues à des causes pathologiques (ulcération, gangrène).

Le procédé opératoire variera selon les circonstances. L'emploi de la scie droite sera généralement préférable pour les os volumineux : on pourra parfois employer le ciseau. La pince coupante conviendra très bien pour les os moyens et petits. La suture osseuse sera généralement, sinon toujours, indispensable.

Le résultat sera d'autant plus sûr et plus satisfaisant que les jointures ne seront pas compromises par la lésion ou par l'opération. Les lésions et les résections articulaires restent complètement en dehors des cas visés dans ce travail. OZENNE.

V. — Jalaguier rejette de son étude les cas où l'arthrotomie n'est que le premier temps d'une opération plus compliquée : il examine seulement les circonstances où l'ouverture large de l'article forme la partie essentielle, le fond même du procédé opératoire, et constitue une méthode thérapeutique pour toute une série d'affections articulaires.

En première ligne, les arthrites suppurées, 102 cas ont été réunis, qui se répartissent ainsi : arthrites traumatiques, 42 cas, qui donnent 38 guérisons avec 14 ankyloses et 20 guérisons parfaites; suppurations articulaires consécutives aux inflammations des membres, 11 cas, donnant 10 guérisons avec 2 ankyloses complètes et 6 résultats parfaits; suppuration dans l'ostéomyélite, 15 cas, avec 13 guérisons dont 7 parfaites, et 2 ankyloses complètes; arthrite puerpérale, 8 cas, avec 6 guérisons dont 2 seulement sont à peu près bonnes; arthrite spontanée infectieuse des adultes, 16 cas, donnant 14 guérisons dont 9 satisfaisantes et 2 ankyloses complètes; arthrites infectieuses des enfants, 10 cas, 10 guérisons, sans une seule ankylose. A tous ces faits, bien qu'ils soient peu comparables, on peut appliquer l'urgence de l'opération, dont les résultats seront d'autant meilleurs que l'intervention aura été plus précoce.

Dans les arthrites séreuses aiguës, l'incision prévient la suppuration, évite la tension exagérée de la synoviale, calme la douleur : les faits sont rares cependant, l'auteur en cite 8 favorables. L'arthrotomie pour hémarthrose est plus rare encore : la compression ouatée avec aspiration amène ordinairement la guérison. — Dans l'hydarthrose, on hésite à opérer : 15 cas seulement ont pu être réunis (1 mort, 10 guérisons parfaites); cette rareté s'explique par les succès assez constants de la ponction avec lavage. L'arthrotomie sera réservée aux hydarthroses anciennes, rebelles, à parois épaissies ou relâchées.

L'auteur montre ensuite la bénignité de l'intervention dans le cas de corps étranger articulaire; il recommande le drainage et l'immobilisation suffisamment prolongée : il a réuni 105 observations (1 mort, 3 ankyloses, raideurs; les autres parfaites ou bonnes).

Enfin, dans l'arthrite fongueuse, où les cas sont bien plus complexes, 11 observations, où on s'est borné au drainage et à l'incision, donnent

2 morts, 4 guérisons sans fistule, 1 résection, 3 amputations; 65 arthrotomies suivies de grattage de la synoviale, d'évidement osseux, de résection atypique, donnent 42 guérisons sans fistules, 9 avec fistules, 4 après résection, 7 après amputation, et 8 morts.

Comme pièces justificatives, sont rapportées 45 observations inédites; plus de 200 autres qui ont fourni les statistiques citées dans ce travail sont réunies en tableau. MAUBRAC.

VI. — Les indications et contre-indications des résections articulaires faites pour les traumatismes de guerre doivent avoir pour base l'anatomie pathologique des lésions.

Les fractures des épiphyses présentent des types nombreux, bien définis, sous la dépendance de trois conditions fondamentales : 1° le point osseux frappé, les balles qui frappent au même point produisant des lésions d'un type similaire ou analogue; 2° la vitesse du projectile, la vitesse augmentant l'état comminutif sans beaucoup modifier l'étendue des dégâts; 3° la disposition architecturale des os, qui limite les lésions, ou bien les étend, et imprime aux fractures la direction particulière de leurs traits fissuriques.

Par épiphyses, on doit, pour le cas particulier, entendre non pas le tissu épiphysaire de toute une extrémité articulaire, mais toute la portion de ce tissu sous-jacente au cartilage d'accroissement, et une balle qui atteint la ligne diaphyso-épiphysaire produit une fracture se prolongeant sur la diaphyse, détache l'épiphyse et la réduit en fragments, c'est-à-dire réunit les caractères des fractures diaphysaires et épiphysaires. De plus, les limites du tissu épiphysaire sont loin de correspondre aux limites des insertions synoviales ou ligamenteuses, et bien des fractures articulaires sont des fractures épiphyso-diaphysaires, étendues, dangereuses si l'on s'adresse à la conservation, et exposant à de singuliers mécomptes si on résèque.

En chirurgie d'armée, le terme résection doit être opposé non au mot articulation, ensemble complexe, mais au mot épiphyse, portion d'os sous-jacente au cartilage d'accroissement. L'amputation, par suite, gagne tout le vaste terrain que perd la résection.

Chaque extrémité osseuse est étudiée au point de vue de sa disposition architecturale, et des types de lésions produits selon le point frappé d'après de nombreux traumatismes expérimentaux obtenus à l'aide de charges réduites : l'auteur s'attache surtout à donner pour chaque segment articulaire la formule des indications de la résection, de l'esquillotomie et de l'amputation, chacune de ces méthodes ayant ses succès possibles, mais désastreuse si elle est employée alors qu'il y a contre-indication.

Plus de 40 figures schématiques facilitent cette étude, dont elles précisent et fixent les descriptions. MAUBRAC.

VII. — La résection articulaire *primitive* est partout plus grave que la conservation ou l'amputation, sauf à l'épaule, où les 3 méthodes donnent une égale mortalité.

La conservation, dans les coups de feu des épiphyses, est partout moins grave que l'amputation primitive, sauf à l'épaule, où elle est aussi grave, et au genou, où elle est plus grave, ce qui conduit au dilemme suivant :

ou bien les dégâts (os ou parties molles) sont peu étendus et réparables, la conservation s'impose ; ou bien les dégâts sont énormes, la blessure est justiciable de l'amputation seule.

La résection articulaire *secondaire* est presque aussi grave que l'amputation secondaire correspondante, sauf à la hanche, où elle est moins grave, et au genou, où elle est plus grave : on ne doit la pratiquer que comme méthode de nécessité.

La résection articulaire *tertiaire* est moins grave que l'amputation tertiaire correspondante : elle sert de complément à la conservation et rentre dans le cadre des résections pathologiques : ses résultats fonctionnels sont assez satisfaisants, plus surtout que ceux des résections primitives ou secondaires, parce que le mal est circonscrit et qu'on connaît les résultats définitifs du traumatisme initial.

Les résections *partielles* (semi-articulaires) donnent de bons résultats : elles doivent être aussi économiques que possible. Mais on rejettera les résections diaphyso-articulaires à cause de leur mortalité et de leurs résultats fonctionnels désastreux : la ligne épiphyso-diaphysaire est la seule limite physiologique qu'on puisse accepter pour la résection articulaire.

Aux résections diaphysaires, l'auteur applique des préceptes assez analogues à ceux qu'il donne pour les résections articulaires : il rejette absolument la résection, dans toute l'épaisseur du fémur, de l'humérus, des deux os de l'avant-bras, à la période primitive ; et même à la période secondaire et à la période tertiaire, s'il n'y a point de réunion osseuse des fragments, l'amputation est préférable.

En général, la résection a pour effet d'ébranler les fêlures, de les transformer en véritables fractures, de décoller au loin le périoste, toutes causes d'insuccès des résections primitives. La fêlure constitue donc le danger principal, très souvent invisible ; pour l'atténuer, on peut jeter autour de l'os, au delà du foyer de fracture, une ligature serrée de fil de plomb plusieurs fois enroulé et tordu à ses extrémités libres, ce qui évite d'ébranler la fêlure et réduit au minimum le traumatisme de la moelle et de l'os. MAUBRAC.

VIII. — Ce travail est le fruit de recherches nombreuses faites dans la littérature militaire, et contient une grande quantité de documents intéressants. Cette étude a conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

Avant la période antiseptique, les résections pour plaies par armes à feu des articulations ont donné de mauvais résultats, tant au point de vue fonctionnel qu'à celui de la mortalité. Les résections primitives ont toujours donné une mortalité égale et un résultat fonctionnel moins bon que les résections secondaires ; elles ne méritent pas la faveur qu'on leur a accordée. Ces mauvais résultats des résections avaient déjà conduit les chirurgiens militaires, avant l'ère antiseptique, à leur préférer de plus en plus la conservation et l'expectation.

Les pansements antiseptiques ont encore réduit les indications des résections, et rendu possibles pour un plus grand nombre de cas les tentatives de conservation.

Les résections typiques et totales ne sont indiquées qu'en cas de destruction très étendue des deux extrémités articulaires ; le plus souvent la résection consiste dans une arthrotomie avec ablation des projectiles

et des esquilles, lavage et drainage. Ce débridement n'est indiqué primitivement qu'en cas de lésion étendue des parties molles et de plaie infectée, quand l'amputation ne s'impose pas. Les corps étrangers articulaires, os ou projectiles, avec petite plaie, n'indiquent l'arthrotomie immédiate qu'en temps de paix ou dans des conditions d'organisation analogue en temps de guerre; l'occlusion antiseptique suffit souvent à permettre la guérison sans inconvénient notable.

Secondairement, cette opération est indiquée quand la conservation a échoué, à quelque époque que ce soit, dès que la marche de la plaie cesse d'être normale.

Une résection primitive aseptique guérit plus vite qu'une résection secondaire; mais il n'y a pas assez de différence pour qu'on doive préférer la première en campagne. La résection secondaire parait à tort plus meurtrière si l'on ne tient pas compte des cas guéris par la conservation simple.

Les résultats fonctionnels dépendent en première ligne de l'étendue de la résection osseuse, et en seconde ligne du traitement consécutif, ordinairement trop négligé en temps de guerre. Il faudrait envoyer les opérés à des stations d'eaux minérales sous une direction médicale.

Les réséqués supportent moins bien le transport que les blessés non opérés, et ne doivent être déplacés qu'après la cicatrisation de la plaie opératoire. Cette considération, jointe à celle de l'encombrement et de la difficulté pratique de faire des résections sous-périostées et aseptiques, doit faire éviter autant que possible de pratiquer les opérations sur le champ de bataille. MAURICE HACHE.

IX. — Petersen rapporte un cas où la guérison fut obtenue en cinq semaines avec ankylose dans la rectitude. Malgré la rapidité de la guérison, le membre était à peu près inutile. Six ans après, le raccourcissement était de 16 centimètres.

On a reproché à l'arthrectomie de laisser inaperçus les foyers osseux. Le reproche n'est pas justifié, puisque après l'extirpation de la capsule on peut examiner de tous côtés les extrémités osseuses.

Si on arrive à éviter sûrement la flexion après l'arthrectomie, ce sera l'opération de l'avenir. PIERRE DELBET.

X. — Dans l'arthrectomie, il est d'une importance capitale d'enlever toutes les parties de la synoviale qui sont dégénérées. Au genou, il est souvent difficile de bien nettoyer la partie postérieure de l'articulation, parce qu'on est retenu par la crainte de blesser les vaisseaux poplités. Zesas propose deux méthodes. Lorsque les fongosités sont peu considérables, on fait l'opération comme de coutume; mais quand on arrive à la partie postérieure on cherche les vaisseaux, on les écarte sous un crochet, et on peut alors opérer sans crainte. Lorsque les fongosités sont abondantes, Zesas propose d'aller directement à la recherche des vaisseaux poplités, en faisant une incision comme pour la ligature. Les vaisseaux étant découverts, on les récline et on opère sans courir le risque de les blesser. PIERRE DELBET.

XI. — Les probabilités d'une guérison spontanée d'une tuberculose osseuse ou d'une maladie articulaire, par un traitement palliatif, sont plus grandes chez l'enfant que chez l'adulte. La probabilité de l'existence ou

d'un développement précoce de tuberculose du poumon dans ces affections est plus grande chez l'adulte que chez l'enfant.

Les opérations incomplètes, drainage, évidement, résections dans lesquelles tous les tissus malades ne sont pas enlevés, sont moins probablement suivies de bons résultats définitifs chez l'adulte que chez l'enfant.

L'intervention radicale est justifiable à une date plus précoce chez l'adulte que chez l'enfant.

S'il existe une tuberculose du poumon et qu'une opération soit indiquée, comme résultat de l'opération, la lésion du poumon est fréquemment arrêtée, et dans quelques cas paraît entièrement guérie.

La récidive locale, après une opération, lorsque le poumon est tuberculeux, est subordonnée à ce que du tissu tuberculeux a été laissé par une opération incomplète, et non point à une influence exercée par la lésion du poumon.

Dans les cas qui réclament l'opération, si l'on craint de ne pouvoir enlever entièrement tous les tissus malades par les méthodes conservatrices, arthrectomie et résection, la coexistence d'une tuberculose pulmonaire engagera à avoir recours à l'amputation.

Après une amputation dans les parties saines, la tuberculose pulmonaire n'entrave point la guérison rapide. La récidive dans le moignon ne se développe pas, même chez les sujets dont la lésion pulmonaire est avancée. MAUBRAC.

I. — Contribution à l'étude des sillons congénitaux et des amputations spontanées, par JEANNEL (*Gaz. hebd. de méd. et chir., août et septembre* 1886).

II. — De l'atrophie des fragments à la période de croissance dans les pseudarthroses de la jambe, par NEPVEU (*Bull. de la Soc. de Chir., t. XII, p.* 834-840).

III. — Shortening by operation, etc. (Raccourcissement des os de la jambe pour blessure compliquée de destruction étendue des parties molles), par Gill HAMILTON (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 90, 22 *janvier* 1887).

IV. — Temporäre Luxation eines Halswirbels mit tödtlichem Ausgang... (Luxation temporaire d'une vertèbre cervicale ; mort par contusion de la moelle cervicale), par Max FLUECKIGER (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, 433, 5 *juillet* 1886).

V. — Halswirbelfractur (Fractures des vertèbres cervicales), par WEINLECHNER (*Soc. des méd. de Vienne*, 26 *novembre* 1886).

VI. — Operative Behandlung wegen veralteter Patellarfractur (Traitement opératoire d'une fracture ancienne de la rotule), par von BERGMANN (*Congrès des naturalistes allemands, Cent. f. Chir., n°* 44, 1886).

VII. — On the pathology of transverse fractures of the patella and the olecranon, par W. MACEWEN (*Annals of surgery, vol. V, n°* 3, *p.* 177, *mars* 1887).

VIII. — Traitement des fractures transversales de la rotule à l'aide d'une griffe spéciale, par DUPLAY (*Arch. de méd.*, 1887).

IX. — A case of rare injury to the pelvis ; death ; necropsy (Fracture du pubis avec déchirure simultanée de l'artère épigastrique et de l'urètre), par Langley BROWNE (*The Lancet*, 15 *mai* 1886).

I. — 1° Le sillon exempt de toute trace d'adhérence n'est pas une

cicatrice, c'est une lésion intrinsèque, lésion trophique comme toutes les malformations qui coexistent. L'histologie le classe dans les sclérodermies.

2° Les adhérences ou brides amniotico-fœtales sont plus fréquentes aux membres supérieurs. Les sillons et les amputations spontanées se voient surtout aux membres inférieurs. Il n'y a donc pas de relation de cause à effet forcée entre les unes et les autres.

3° On peut facilement expliquer les adhérences amniotico-fœtales comme la syndactilie supérieure par des ulcérations trophiques.

4° Les brides intra-amniotiques sont inconcevables embryologiquement, et elles seraient incapables d'agir mécaniquement pour produire les sillons et les amputations. RICHARDIÈRE.

II. — De l'étude de 11 cas du même genre que celui dont il présente les pièces à la Société, Nepveu conclut que les pseudarthroses de jambe qui datent de l'enfance et qui se prolongent un certain temps présentent en même temps qu'une atrophie générale de tous les tissus une diminution de longueur du membre et une atrophie des extrémités osseuses qui en font une catégorie à part.

Ces pseudarthroses prolongées sont traitées sans succès par les méthodes usuelles; la résection a échoué dans tous les cas où elle a été tentée (8 fois sur 4); la méthode de choix paraît être, dans les cas très prononcés, l'amputation au-dessus de la fausse articulation.

MAURICE HACHE

III. — L. S... 10 ans, blessé par la faucille d'un moissonneur, le 16 juillet 1885. La jambe gauche est presque coupée en deux, à l'union du tiers inférieur et moyen.

Plaie de 2 pouces de large et 5 pouces de long, comprenant les 2/3 de la circonférence du membre. Les parties molles sont détruites jusqu'au niveau des muscles postérieurs. Fracture complète cominutive des deux os, sur une étendue de 2 pouces.

L'artère tibiale antérieure est liée; on enlève, après avoir détaché le périoste, des fragments osseux du tibia et du péroné, sur une longueur de 2 pouces. Apposition simple du fragment sans suture. Le membre est immobilisé, la température devient normale dès le 3e jour; pas de suppuration. Le 7 août, appareil plâtré. Guérison le 19 octobre.

Pendant longtemps la température du membre a été abaissée, sa couleur sombre, sa nutrition et son innervation altérées, à cause de la section du paquet vasculo-nerveux antérieur. MAUBRAC.

IV. — Homme de 54 ans, tombant sur le sol d'une hauteur de 3 mètres, la tête en avant. Immédiatement après l'accident, paralysie complète des mouvements et du sentiment des quatre membres et des sphincters; raideur et douleurs dans la nuque.

Au bout de quelques semaines, disparition presque complète de la paraplégie, de la paralysie des sphincters et de l'anesthésie au contact. Il reste de la paralysie, de l'atrophie et des douleurs fulgurantes aux membres supérieurs, et l'on note en outre un œdème qui s'est limité aux avant-bras et aux mains, une diminution de la sensibilité à la chaleur, à la pression, et du sens de l'espace, une exagération de l'excitabilité réflexe avec commotion de l'excitabilité électrique, sauf au niveau du fléchisseur commun, enfin de l'épaississement, de la desquamation et une pigmentation brunâtre de l'épiderme.

Cet ensemble de symptômes persiste 3 mois sans grande modification, puis se développent des signes d'une myélite diffuse transverse; réapparition

de la paralysie motrice aux 4 membres, avec perte de la sensibilité cutanée et disparition de la sensibilité réflexe. Au bout de 3 semaines de cet état, mort par pneumonie et péricardite intercurrentes.

Autopsie : Pas d'autre lésion du rachis et de ses ligaments, qu'un ramollissement des 3e et 4e disques intervertébraux.

Au niveau, la moelle est ramollie, aplatie, et présente à la hauteur de la 3e vertèbre cervicale une dépression transversale de 1 centimètre de large. Le microscope montre une dégénération des cordons postérieurs placés au-dessus et des cordons postéro-latéraux placés au-dessous du point ramolli. Intégrité des nerfs périphériques et des muscles.

Les articulations offrent les altérations des arthropathies spinales tabétiques, par exemple.

L'auteur ne connaît dans la littérature qu'un cas comparable au sien : c'est celui d'Odell (*Lancet*, 26 septembre 1874). J. B.

V. — Un ouvrier de 27 ans tombe du 3e étage d'une maison et présente une plaie de la région pariétale gauche sans fracture du crâne. En examinant les vertèbres cervicales, on constate seulement la fracture d'une apophyse épineuse et le gonflement de la région. La moelle est intacte, car les membres ont conservé leur motilité.

On porte le malade au lit, et bientôt la paralysie des 4 membres se manifeste avec anesthésie de presque toute la surface cutanée. Le phrénique est respecté. On suppose donc la lésion au niveau de la 5e ou 6e vertèbre cervicale.

Abaissement de température à 34; douleurs. Mort le second jour.

Autopsie : Rupture des ligaments entre la 5e et la 6e cervicale; fracture de l'arc de la 6e; compression de la moelle sans déchirure de la dure-mère.

La compression n'existait pas dès l'abord, elle s'est produite au moment où le malade a été porté au lit. L. GALLIARD.

VI. — La fracture était ancienne, l'écartement des fragments considérable. La suture avait échoué. V. Bergmann détacha au maillet la tubérosité du tibia, de manière à le remonter. Le rapprochement des fragments devint alors possible. Le malade a guéri. Les deux fragments de la rotule sont réunis par un cal osseux. La tubérosité est fixée de la même manière dans sa nouvelle situation. Mais jusqu'à présent la mobilité du genou est insuffisante. PIERRE DELBET.

VII. — Les causes invoquées pour expliquer la non-consolidation des fractures de la rotule, faible circulation de l'os, écartement des fragments, épanchement articulaire, sont insuffisantes : l'auteur en trouve la raison dans les dispositions suivantes :

Il existe une bande ligamenteuse solide et distincte, passant sur la rotule, en continuité avec le tendon du triceps et le ligament rotulien, surtout développée chez l'adolescent et l'adulte. Soit une fracture transversale de la rotule, par contraction du triceps : les fibres aponévrotiques antérieures de la rotule, plus élastiques que l'os, résistent, s'étirent, forment pont entre les deux fragments, puis se rompent; mais ce n'est ni en même temps, ni au même niveau que l'os ; la majorité de ces fibres, par suite de la rotation du fragment ou de la pression exercée sur l'article, s'appliquent sur la surface fracturée et, au moment de la coaptation, restent interposées entre les deux fragments et rendent ainsi impossible l'union osseuse; des lambeaux de bourse séreuse se placent parfois entre les fragments.

La rotule étant fracturée, le ligament rotulien peut résister; il n'y a

point alors de tissu interposé aux fragments qui se réunissent par un cal osseux (1 obs.).

Cette interprétation des faits s'appuie sur des expériences cadavériques et 80 observations citées en détail, dans lesquelles l'intervention a permis de constater la présence du tissu fibreux interposé; parfois existe une bande transversale, de dedans en dehors, qui pénètre dans l'articulation, la bride, et devient un obstacle infranchissable pour la coaptation.

L'union osseuse ne sera possible qu'autant qu'on aura enlevé les tissus mous de la surface de la fracture; si on n'intervient pas, le cal sera fibreux. Le traitement doit donc être arthrotomie, toilette, puis suture des fragments.

Les fractures transversales de l'olécrâne, à cause d'une même disposition des tissus aponévrotiques, sont exposées à guérir par un cal fibreux. L'auteur cite 3 exemples dans lesquels l'intervention a permis de libérer les fragments de tissu fibreux interposé. MAUBRAC.

VIII. — Duplay propose pour le traitement des fractures transversales de la rotule un instrument avec lequel on peut être certain de guérir avec un cal osseux ou un cal fibreux ne dépassant pas quelques millimètres toutes les fractures transversales de la rotule exemptes de complications.

Cet instrument, sorte de griffe, par suite de la coaptation très exacte des fragments, jointe à leur immobilisation parfaite, abrège la durée du traitement et le réduit à 25 ou 30 jours. Quelques malades ont pu recouvrer l'intégrité presque complète des mouvements volontaires du genou moins de 15 jours après l'enlèvement des greffes. D'autres ont eu de la raideur; mais cette raideur a disparu dans un temps variable. Le cal a toujours été aussi satisfaisant que possible. RICHARDIÈRE.

IX. — Un homme de 26 ans, très robuste, est renversé par la chute d'une meule de moulin (pesant près de deux tonneaux), qui porte sur sa hanche gauche pendant plusieurs minutes avant qu'on puisse le dégager. On trouve la jambe gauche plus froide que la droite; cependant pulsations appréciables dans les deux poplitées; pas de signes de fracture; tuméfaction au-dessus du ligament de Fallope, s'étendant le long de la crête iliaque; peu de contusion; petite plaie périnéale un peu à droite du raphé. Une sonde passée dans la vessie se remplit d'une sérosité sanguinolente qui monte et descend dans le tube avec la respiration, mais on n'obtient pas d'urine. On diagnostique une rupture de la vessie et on se prépare à ouvrir l'abdomen pour laver le péritoine, suturer la vessie et établir un drainage. Auparavant, on fait dans la plaie périnéale une petite incision exploratrice assez grande pour permettre l'introduction du doigt. Aussitôt s'échappent d'abord des caillots puis un jet de sang pur. On incise alors au-dessus du ligament de Fallope et on tombe sur une nouvelle masse de caillots. On décolle le péritoine de façon à découvrir l'artère iliaque externe et on constate que l'épigastrique a été arrachée à sa naissance, laissant dans le tronc artériel un trou béant. L'artère iliaque externe est liée au-dessus et au-dessous de la déchirure et l'hémorragie cesse aussitôt. Mais le malade succombe quatre heures plus tard dans le collapsus. A l'autopsie on trouve que les deux branches du pubis gauche avaient été brisées obliquement et les fragments déplacés momentanément sous la pression. La branche horizontale avait arraché l'artère épigastrique et déchiré la vessie, la branche descendante avait rompu l'urètre et perforé le périnée. Tous ces désordres étaient extrapéritonéaux, et dans ce cas la laparotomie n'aurait servi de rien. H. BARTH.

I. — **Des résections orthopédiques, discussion** (2e *Congrès franç. de chir.*, 1886).

II. — **Weitere Beiträge zur Resection des Ellenbogengelenkes (Résections du coude), par G. MIDDELDORPF** (*Arch. f. klin. Chir. XXXIII*, 1 *et* 2).

III. — **De l'ostéotomie sous-trochantérienne dans l'ankylose osseuse de la hanche, par OLLIER** (*Lyon méd., p.* 522, 19 *décembre* 1886).

IV. — **A new method of performing excision of the kneejoint (genou), par Herbert ALLINGHAM** (*Brit. med. journ., p.* 106, *janvier* 1887).

V. — **Osteoplastic resection of the foot (pied), par C. FENGER** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 29 *janvier* 1887).

VI. — **Prof. Kocher's Methode der Fussgelenksresection (Résection tibio-tarsienne par la méthode de Kocher), par F. DUMONT** (*Arch. f. klin. Chir. XXXIV*, 2).

VII. — **Eine Anderung der von Wladmiroff... (Modification de l'opération de Wladimiroff et Mikulicz), par Karl ROSER** (*Cent. f. Chir.*, n° 36, 1886).

VIII. — **Demonstration eines Falles von osteoplastischer Resection (Résection du pied par le procédé de Mikulicz), par P. NIEHANS** (*Corr -Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *septembre* 1886).

IX. — **Zur Casuistik des Osteoplastischer Fussresection (Opération de Mikulicz), par G. ZESAS** (*Arch. f. klin. Chir., XXXIII*, 3).

X. — **Zur operativen Behandlung des Pes varus paralyticus, par RYDYGIER** (*Cong. des nat. all.; Cent. f. Chir.*, n° 44, 1886).

XI. — **Treatment of inveterate talipes equino-varus by osteotomy, par Ch. POORE** (*Annals of surgery, mars* 1887).

XII. — **Zur operativen Behandlung der Hallux valgus (Traitement de l'orteil valgus), par RIEDEL** (*Cent. f. Chir.*, *n.* 44, 1886).

XIII. — **El ginocchio valgo e varo, par A. D'AMBROSIO** (*Med. contemporanea, août* 1886).

XIV. — **Patologia e clinica del ginocchio valgo, par Clemente ROMANO** (*Naples*, 1886).

I. — D'après *Mollière*, dans les luxations congénitales de la hanche, on peut avec l'appareil de Robin casser le fémur où l'on veut, et l'ostéoclasie est préférable aux opérations sanglantes.

Pour les pieds bots, Mollière préfère l'ostéoclasie du tarse aux divers modes de tarsectomies. Mais dans certains cas, pour corriger les pieds bots, il faut s'adresser non seulement au pied, mais aussi à la jambe et même à la cuisse.

Dans le rachitisme, on a souvent une courbure telle qu'il semble que les parties molles doivent opposer un obstacle absolu au redressement. Mais Mollière prétend que la rétraction des parties molles est justiciable du redressement progressif et des tractions continues. Il rejette dans les cas de ce genre les résections orthopédiques.

Pour les ankyloses du coude, Mollière est absolument partisan de la résection, si ce n'est pour les cas de rhumatisme ankylosant où l'ankylose récidive fatalement. Pour les ankyloses de la hanche, il préfère l'ostéoclasie sous-trochantérienne à la résection. Pour celles du genou, il

préfère dans tous les cas l'ostéoclasie. De même, pour tous les cals vicieux, il rejette absolument les résections orthopédiques.

Vaslin rapporte deux observations. — Dans un cas de pied bot varus équin, il a enlevé l'astragale. Dans un autre cas, où il y avait enroulement du pied, il a fait la section d'Achille, celle du ligament latéral interne, et une résection cunéiforme du 4e et du 5e métatarsien. — Les deux résultats ont été très satisfaisants.

Gross insiste sur ce fait que, dans tous les pieds bots varus équins congénitaux, l'astragale est déformé et déplacé ; on a affaire à une déformation osseuse irréductible, les moyens orthopédiques simples (tarsectomie, aponévrotomie, massage) ne peuvent donc amener la guérison. Il faut faire la tarsectomie postérieure.

Dans les pieds bots acquis, la question est tout autre, et l'indication varie suivant les circonstances.

Les conclusions de cet intéressant travail sont les suivantes :

1° Les résections orthopédiques sont indiquées dans les pieds bots varus congénitaux anciens ;

2° L'opération de choix est la résection de l'astragale ou tarsectomie postérieure, avec résection complémentaire de la grande apophyse du calcanéum s'il y a lieu, et aidée des résections sous-cutanées tendineuses et aponévrotiques ;

3° Les résultats immédiats et définitifs de l'opération sont favorables. La récidive ne paraît pas à craindre ;

4° Certains pieds bots congénitaux réclameraient peut-être la résection précoce ;

5° La résection orthopédique de l'astragale est encore indiquée dans les pieds bots varus acquis anciens lorsque la déformation et la position vicieuse de cet os sont reconnus, tel est le cas pour certains pieds bots paralytiques, dont l'origine remonte à un âge rapproché de la naissance et où ces modifications ont pu se produire sous l'influence de la marche et par suite des entraves apportées par la difformité même au développement régulier du squelette du pied ;

6° Le résultat immédiat est tout aussi satisfaisant ; quant au résultat définitif, il dépend des conditions étiologiques ;

7° Dans les pieds bots varus acquis, où le squelette du pied n'est pas déformé, la résection orthopédique n'est indiquée que dans les cas où la difformité est très prononcée. La tarsectomie postérieure donne des résultats satisfaisants. C'est à la tarsectomie cunéiforme totale qu'il faudrait avoir recours. DELBET.

II. — Parmi les affections qui nécessitent la résection du coude vient en première ligne, la tuberculose ; en seconde, la syphilis. En troisième ligne, se trouvent les résections orthopédiques, puis les résections pour traumatismes récents. L'auteur n'a trouvé qu'un cas de résection pour néoplasme, trois pour arthrite déformante. Les corps étrangers ont nécessité une résection totale ; quatre résections ont été faites pour des ostéomyélites et des ostéites épiphysaires, une pour une arthrite blennorragique. Enfin dans un cas de monoplégie spinale congénitale, Albert a cherché à ankyloser l'épaule et le coude, mais sans succès.

Tuberculose du coude. — L'arthrite tuberculeuse du coude est plus fréquente à droite qu'à gauche, plus fréquente chez les hommes que chez

les femmes. Le plus grand nombre se développent avant 20 ans, et surtout au moment de la puberté. Les formes synoviales sont aux formes osseuses comme 1 est à 4. Dans les formes osseuses, c'est le cubitus, particulièrement l'olécrâne, qui est le plus souvent pris. Puis vient l'humérus ; les lésions primitives du radius sont extrêmement rares. Dans 27 0/0 des cas, les foyers osseux sont multiples. Dans les trois premières années de la vie, la forme synoviale est une exception. En somme, les formes osseuses se montrent partout pendant la période de croissance des os et particulièrement dans la toute première enfance. Elles diminuent de fréquence à mesure que l'âge s'élève.

En moyenne, les formes osseuses ont une marche plus chronique, et ne nécessitent la résection que plus tardivement. Les traumatismes ne paraissent pas prédisposer plus aux formes osseuses qu'aux formes synoviales. L'hérédité ne peut être incriminée que dans 6,78 0/0 des cas. Fréquemment (23,48 0/0) le coude n'est pris qu'après d'autres manifestations tuberculeuses. Dans le grand nombre de cas qu'il a réunis, l'auteur n'a pu en trouver un seul où la tuberculose généralisée se soit déclarée à la suite de l'opération.

Arthrite syphilitique. — Les affections syphilitiques des articulations sont bien moins rares qu'on ne le pense. L'auteur a réuni 90 cas d'arthrite syphilitique du coude. Sur ces 90 cas, 32 fois plusieurs articulations étaient envahies. Dans les formes osseuses d'arthrite du coude dues à la syphilis congénitale, la tête du radius est très fréquemment prise. On sait qu'elle est ordinairement saine dans les arthrites tuberculeuses.

Dans certains cas, le traitement antisyphilitique reste sans action, et il faut recourir à la résection partielle ou totale. Dans la syphilis acquise, le pronostic des résections est favorable. Mais il s'assombrit singulièrement dans les cas de syphilis congénitale ou de cachexie syphilitique.

Dans 3 cas, la syphilis acquise vint compliquer des tuberculoses articulaires. Les suites de la résection furent normales. Mais, dans l'un des cas, il y eut récidive. Chez les syphilitiques constitutionnels, la tendance des arthrites tuberculeuses à la récidive paraît très marquée.

Méthodes de résection. — On emploie, à la clinique de Maas, le spray et la bande d'Esmarch. Depuis les pansements rares, le drainage a été complètement abandonné. Mais on ne ferme pas complètement la plaie, et même on fait une contre-ouverture dans laquelle on passe un fil. Quand les excisions de fistules déterminent des pertes de substance trop considérables, on les comble avec des lambeaux de peau saine pris dans le voisinage. Après avoir placé un pansement antiseptique et compressif dans l'extension, on enlève la bande de caoutchouc, et le bras est suspendu pendant vingt-quatre heures dans l'élévation. Grâce à ce procédé, on n'a jamais observé d'hémorragies secondaires à la clinique de Maas. Trois semaines après la résection, l'avant-bras est placé en demi-flexion. A la quatrième semaine, on commence à masser et à électriser tout le bras. En général, on fait porter aux réséqués un pansement fixatif pendant six à neuf mois.

Pour ce qui est des procédés opératoires, il résulte des statistiques que c'est celui de Lister qui a donné le plus de morts et le moins d'articulations utiles. Le procédé de Langenbeck et celui de Hueter ont

donné sensiblement les mêmes résultats. Non seulement l'antisepsie a diminué la mortalité, mais encore elle a augmenté le nombre des articulations utiles. Les résultats qu'ont donné les différents procédés ne sont pas assez différents pour justifier une préférence absolue. Il faut choisir dans chaque cas particulier suivant le siège des lésions, des fistules ou des abcès. Les procédés qui comportent la résection temporaire de l'olécrâne doivent être évités, puisqu'on cherche à obtenir une articulation mobile. Du reste dans les cas de tuberculose, l'olécrâne est très fréquemment atteint et doit alors être enlevé. Dans ces cas, il ne saurait être question de résection partielle, il faut faire la résection typique totale. Les résections partielles ont donné 23,5 0/0 de récidive, les résections totales n'en ont donné que 10,6 0/0.

Statistique des résultats fonctionnels.— 1° Les résections totales faites dans les cas de tuberculose, etc., et de traumatismes récents ont donné un plus grand nombre d'articulations peu mobiles et ballantes, un moins grand nombre d'ankyloses que les résections partielles ;

2° Dans les cas de tuberculose, les résections totales ont donné plus de résultats médiocres ou mauvais que les résections partielles;

3° Les résections totales dans les cas de traumatismes récents donnent plus de bons résultats que les résections partielles ;

4° En général, les bons résultats sont moins nombreux après les résections totales qu'après les résections partielles. Il est évident qu'on ne peut s'appuyer sur les résultats statistiques pour donner la préférence à la résection totale ou à la résection partielle.

La résection de l'extrémité humérale seule favorise la production de l'articulation ballante.

En général, ce sont les résections orthopédiques qui donnent les meilleurs résultats (9 articulations utiles pour 1 inutile). En seconde ligne viennent les résections traumatiques (85 pour 15). Les différentes statistiques donnent des résultats très divergents pour les résections pathologiques.

Trophonévrose et croissance en longueur. — Pour ce qui est des tropho-névroses, la statistique montre qu'il n'y a pas lieu de leur conserver l'importance que J. Wolff avait voulu leur donner. Pour ce qui est de la croissance en longueur, Julius Wolff a prétendu que les cartilages épiphysaires, qui entourent l'articulation du coude, ne jouaient aucun rôle au moins entre 3 et 13 ans. Il y a peut-être là quelque exagération, toutefois les recherches de Humphry et d'Ollier ont montré que ces cartilages sont ceux qui prennent le moins de part à l'allongement du membre, et que leur ablation est de peu d'importance.

Néarthrose. — Jusqu'à présent, on n'a eu que 20 fois l'occasion de disséquer des articulations anciennement réséquées. L'auteur ajoute à ce nombre restreint deux nouvelles dissections faites l'une 11 ans, l'autre sept ans après l'opération.

Mortalité. — Les résections orthopédiques ont donné le meilleur résultat (3, 61 0/0). Viennent ensuite les résections pour lésions tuberculeuses avec une mortalité quintuple ; les résections traumatiques avec une mortalité six fois plus grande. L'influence de l'âge sur la mortalité est manifeste. C'est de 10 à 15 ans que le chiffre de la mor-

talité est le plus bas (6,74 0/0). Il s'élève un peu irrégulièrement avec l'âge pour atteindre 50 0/0 entre 70 et 75 ans.

Pour évaluer l'influence de l'antisepsie sur la mortalité, l'auteur a divisé les 7 résections en 3 groupes : celles qui ont été faites avant l'antisepsie, celles qui ont été faites avant que l'antisepsie fût bien établie, celles qui ont été faites antiseptiquement. On voit les morts causées par les complications des plaies tomber de 7,80 0/0 à 2,15 0/0.

Middeldorpf a pu rassembler l'histoire de 207 malades qui ont été suivis pendant plus de 9 ans. 60,67 0/0 des réséqués pour tuberculose étaient encore vivants. Les trois quarts des morts (21,47 0/0) ont succombé à la tuberculose généralisée. Cette généralisation sévit surtout chez les jeunes enfants. Presque la moitié des enfants réséqués avant cinq ans y ont succombé.

Traitement conservateur et amputation. — On ne peut comparer les résultats fonctionnels, l'ankylose est la règle à la suite du traitement conservateur. Les statistiques d'Albrecht et de Billroth montrent que la mortalité est bien moindre (23 0/0 et 31,03 0/0) après la résection, qu'à la suite du traitement conservateur (33,33 0/0 et 60,61 0/0) dans les cas de lésions tuberculeuses.

Les amputations ont donné des résultats désastreux, ce qui s'explique aisément par ce fait qu'on n'a guère recours à l'amputation que dans les cas désespérés. PIERRE DELBET.

III. — Cette note a pour but de démontrer que l'on peut sectionner la diaphyse fémorale, sans attendre la cicatrisation des fistules, alors même qu'il reste des foyers de suppuration dans la hanche ou le bassin. Il suffit, pour cela, d'éloigner la section du foyer morbide et de faire l'ostéotomie, non du col, mais de la diaphyse. Avec un pansement antiseptique rigoureux (iodoforme), on préviendra le contact de la suppuration des fistules avec le foyer opératoire. Ollier donne à l'appui deux observations où le résultat a été de tous points excellent. A. C.

IV. — Voici en quoi consiste l'opération d'Allingham. Il fait une incision verticale au devant de l'articulation, en commençant à trois pouces au-dessus de la rotule : l'incision est prolongée au-devant de la rotule jusqu'au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Les parties molles, muscles et tendons sont sectionnés le long de cette incision jusqu'à l'os, ainsi que le ligament rotulien. Cela fait, on sectionne verticalement la rotule, chaque moitié conservant ses points d'attache au triceps crural et au ligament rotulien. Ces deux moitiés de rotule sont écartées et laissent voir les condyles du fémur et la tête du tibia. On divise alors les ligaments croisés, et l'on fait saillir l'extrémité inférieure du fémur, par l'extrémité supérieure du tibia, que l'on dissèque soigneusement de toutes leurs parties molles : il faut, autant que possible, réséquer toute la synoviale. Cela fait, on débride latéralement pour permettre de drainer le fond de la plaie, on sectionne les extrémités des os malades, et on panse antiseptiquement. L'auteur publie une observation où ce procédé a été appliqué avec succès. H. R.

V. — Homme 28 ans. Blessure du talon, entraînant une ostéomyélite chronique progressive et périostite du calcanéum et de la malléole, durant depuis 10 ans. Ankylose osseuse de l'articulation de Chopart et ankylose fibreuse de la tibio-tarsienne. Ulcère de la peau de la face postérieure du talon. Opé-

rations multiples sur le calcanéum sans bénéfice constant. Abcès, et fistule consécutive intarissable sur la partie dorsale du pied, aboutissant à un os malade dans le sinus du tarse. Résection ostéoplastique du pied, d'après le procédé de Mikulicz. Bonne consolidation du pied; pas de récidive dans les os. Extension forcée des orteils en position équine. Rupture de la peau à la base de la première phalange du gros orteil. Inflammation consécutive de la cicatrice. Excision de la cicatrice et transplantation de peau de la plante du pied : guérison par première intention. Le patient est capable de marcher sans canne et peut porter tout le poids de son corps sur son pied droit.

Suit un tableau de 18 opérations semblables : la guérison fut obtenue 13 fois. 4 fois il y eut récidive, et 1 fois gangrène du pied. Les indications de l'opération et le manuel opératoire sont soigneusement étudiés. Les conclusions de l'auteur sont à peu près celles de Mikulicz.

MAUBRAC.

VI. — Kocher a pratiqué cette opération pour la première fois sur le vivant en 1883. Le pied étant maintenu à angle droit, on fait une incision qui part du bord externe du tendon d'Achille, se recourbe légèrement pour passer sous la pointe de la malléole péronière et s'arrête aux tendons extenseurs. Les tendons des péroniers sont mis à nu, fixés chacun par deux fils et coupés entre les deux fils. L'articulation est ouverte par son côté externe, et les ligaments étant coupés, le pied est facilement luxé. Après l'excision de toutes les parties malades, le pied est remis en place et les tendons péroniers sont suturés. Ce procédé se rapproche beaucoup de celui de J. Reverdin. Toutefois ce chirurgien sectionne le tendon d'Achille et ne suture pas les tendons péroniers.

L'opération de Kocher a été pratiquée cinq fois. Les cinq malades marchent sans canne.

PIERRE DELBET.

VII. — Roser pense que, lorsqu'on pratique la résection ostéoplastique du pied par la méthode de Wladimiroff et Mikulicz, on s'expose à voir survenir des troubles neuro-paralytiques, puisqu'on résèque 10 centimètres du nerf tibial. Des ulcérations peuvent survenir au niveau de la tête du troisième métatarsien qui porte tout le poids du corps; aussi Roser a-t-il tenté de faire la suture du nerf, mais pour cela il a dû modifier la trace de l'incision. Il procède de la manière suivante : il conduit une incision depuis le bord postérieur de la malléole interne jusqu'au scaphoïde. Il prépare ensuite le nerf tibial, le sectionne au niveau des malléoles et libère son extrémité périphérique jusqu'au voisinage de l'articulation de Chopart. Chemin faisant, on est obligé de couper quelques branches, qui se rendent dans la région du talon. Le reste de l'opération se fait d'après le procédé de Wladimiroff. Lorsque l'opération est terminée, l'auteur résèque la portion exubérante du nerf, et suture les deux bouts. L'auteur a employé une fois son procédé avec succès.

PIERRE DELBET.

VIII. — Homme de 50 ans; un wagon lui enlève une partie du talon osseux en détruisant toutes les parties molles. Cinq mois après l'accident, il présente une vaste ulcération qu'on essaye vainement de fermer avec des greffes. En février 1885, première opération, consistant dans l'ablation du calcanéum et la fermeture de l'ulcère. En mars, nouvelle opération nécessitée par la reformation de l'ulcère : après excision du fond de l'ulcération, greffes cutanées qui ne tardent pas à se gangréner. En mars, troisième opération : ablation de l'astragale, qui ne permet pas davantage de combler la perte de substance. Immédiatement, résection du cou-de-pied par le procédé de Mikulicz

(*R. S. M.*, XIX, 257); le tube d'Esmarch enlevé, la circulation se rétablit très difficilement, à cause de l'artério-sclérose très marquée. Section sous-cutanée du premier tendon fléchisseur seulement, les autres orteils se redressant bien jusqu'à l'angle droit. Gangrène de la peau de la plante dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Œdème du moignon longtemps persistant. Deux chloroformisations sont nécessaires pour redresser les orteils. Quatre mois après la résection, il n'existe encore qu'une pseudarthrose. Six mois plus tard, le moignon a bon aspect ; le malade peut, à la rigueur, marcher sans appareil ni canne ; il reste à peine trace de la pseudarthrose ; le moignon a conservé toute sa sensibilité, la peau et les orteils sont normaux. L'opéré marche sans inconvénient sur les têtes des métatarsiens.

Dans la discussion, *Dumont,* tout en constatant les bons résultats obtenus par Niehans, fait remarquer que les opinions sur la valeur du procédé de résection de Mikulicz sont encore très partagées. On a publié, dans ces derniers temps, beaucoup de cas pour lesquels l'amputation de jambe est devenue ultérieurement nécessaire, soit par récidive de la carie, soit par gangrène du pied réséqué. La gangrène était, en général, la conséquence de la section de l'artère tibiale postérieure et de la nutrition défectueuse du lambeau. Ce danger de gangrène a inspiré à deux chirurgiens italiens des modifications au procédé de Mikulicz.

Solina a proposé le procédé opératoire suivant : La première incision, partant du bord externe du tendon d'Achille, commence à la hauteur de la malléole externe et s'étend horizontalement en avant jusqu'au milieu de la face antérieure de la jambe. Puis on en prolonge en bas l'extrémité antérieure jusqu'à la tête du troisième métatarsien. De l'extrémité postérieure de la première incision, en part une troisième se dirigeant d'abord en bas, le long du bord du calcanéum, puis en avant, pour venir se terminer à la plante, au voisinage de la tête du cinquième métatarsien. Enfin on réunit, par une incision transversale, les deux extrémités des incisions placées au niveau des têtes des troisième et cinquième métatarsiens. On commence alors la résection en enlevant la malléole externe, ce qui permet ensuite d'atteindre par le côté externe les os du tarse. Chez un malade que Bassini a opéré de cette façon, il sutura le tendon d'Achille à l'aponévrose plantaire ; au bout de cinquante-deux jours, la guérison était parfaite.

L'autre modification est due à *Caselli.* On commence par une incision qui, de la malléole interne, va gagner la malléole externe en passant au-dessus de la plante. Cette incision, qui se termine à environ 4 centimètres au-dessus de la malléole externe, est superficielle à la face interne du pied, tandis qu'en dehors elle va jusqu'à l'os. Une deuxième incision commence à l'extrémité inférieure de la malléole interne, passe horizontalement en arrière à la hauteur de l'insertion du tendon d'Achille, et s'arrête à l'extrémité inférieure de la malléole externe. On résèque alors la malléole externe, on ouvre par son côté externe l'articulation tibio-tarsienne, et on enlève les os du tarse, comme dans le procédé de Mikulicz. Caselli préconise sa modification surtout pour faire disparaître le raccourcissement du membre tenant à une coxalgie.

En résumé, Dumont estime que le procédé de résection de Mikulicz est bon pour les cas de traumatismes, tandis qu'il est d'une valeur encore très problématique lorsqu'il s'agit d'une carie du tarse. J. B.

IX. — Zesas rapporte une nouvelle observation. Dans ce cas, l'opéra-

ration a été faite pour un écrasement du talon. Le malade marche bien et facilement avec un soulier prothétique et une canne.

Si l'on compte cette dernière observation de Niehans, l'opération a été faite 19 fois. Ce nombre s'élève à 24, si l'on y ajoute les 5 cas rapportés par Sklifossowsky au congrès de Copenhague ; mais aucun renseignement n'a été publié sur ces 5 cas.

16 fois l'opération a été faite pour des caries du calcanéum, de l'astragale, de l'articulation tibio-tarsienne, 1 fois pour un ulcère syphilitique. Le cas de Niehans est le seul traumatique. Le plus jeune des opérés avait 9 ans, le plus vieux 50. On ne compte que 3 enfants. Tous les opérés ont guéri.

Malheureusement, l'espoir qu'on avait conçu d'éviter la récidive dans les cas de tuberculose ne s'est pas trouvé justifié. 4 fois (sur 16), la récidive s'est produite au bout d'un temps relativement court. Les autres malades n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on puisse rien affirmer.

Pour ce qui est du résultat fonctionnel, il s'est montré des plus satisfaisants. On sait que le malade de Lauenstein a pu reprendre son métier de maçon.

Tous les malades, excepté celui de Wladimiroff, ont été opérés par le procédé de Mikulicz. PIERRE DELBET.

X. — Pour dispenser ces malades de porter des appareils pesants et difficiles à réparer, l'auteur s'est proposé d'ankyloser en bonne situation l'articulation tibio-tarsienne, et, dans deux cas, il a atteint son but. Par une incision faite sur la face dorsale de l'articulation, le long du péroné, il met à nu les surfaces cartilagineuses du péroné, du tibia et de l'astragale ; il les avive et les suture. Il a revu ses deux malades après neuf et six mois. Chez l'un, le but était pleinement atteint. L'autre avait une attitude vicieuse du genou et marchait moins bien. PIERRE DELBET.

XI. — Poore a pratiqué trois fois (2 succès définitifs, 1 mort par septicémie) l'opération suivante :

A l'aide d'une incision en ⊥, dont une branche longe le bord externe du pied, au-dessous des péroniers, et dont l'autre monte sur l'astragale, il excise du calcanéum un fragment en forme de V, dont le sommet répond au bord interne ; un coin de même forme est enlevé du col de l'astragale, ce qui permet de porter le pied en dehors et en haut.

Les avantages de cette opération, correcte au point de vue anatomique et mécanique, sont : que le fragment osseux enlevé est de petit volume ; il n'y a point d'articulation intéressée ; le pied n'est point raccourci en avant de l'article tibio-tarsien. L'opération est applicable aux patients de 5 à 6 ans qui ont marché sur les pieds, dont les tissus sont rigides ; à ceux qui, après plusieurs années de traitement, ont besoin d'un appareil pour maintenir l'avant-pied en situation normale ; à ceux dont l'obstacle au redressement du pied est dû à l'allongement du calcanéum : ici, peut-être, l'excision d'un petit coin de cet os serait suffisante. MAUBRAC.

XII. — Quand la bourse séreuse qui se forme sur la saillie de la tête métatarsienne, dans le pouce valgus, vient à suppurer, il faut opérer. Enlever la bourse séreuse ne sert de rien ; elle se reforme. Dans le procédé de Hueter, on enlève la tête du premier métatarsien, même si l'articulation est saine. L'ablation de la tête métacarpienne n'a pas grande

importance si le pied est très plat, parce que cette tête ne joue qu'un petit rôle dans la station. Mais il n'en est pas de même si le pied est normalement conformé. Dans un cas, l'auteur avait enlevé les têtes des deux premiers métatarsiens chez une jeune fille de 18 ans. Un an après, la marche était impossible, et le chirurgien dut enlever les huit têtes des huit autres métatarsiens pour rétablir l'équilibre. Cette téméraire entreprise fut couronnée de succès. Ce fait prouve que l'opération de Hueter peut avoir les suites les plus fâcheuses.

Dans 4 cas, Reverdin a enlevé à la gouge l'exostose du côté interne de la tête du métatarsien, puis il a fait une ostéotomie cunéiforme de cet os pour remettre l'orteil droit. Lorsqu'il a publié les cas, le résultat définitif ne pouvait être apprécié.

Il est plus simple, dit l'auteur, d'enlever l'exostose, puis de réséquer la tête de la première phalange. Il a fait quatre fois cette opération avec succès. Dans un cas seulement, l'articulation est restée immobile.

PIERRE DELBET.

XIII. — L'ostéoclasie, au moyen de l'ostéoclaste de Robin, pratiquée treize fois par A. d'Ambrosio, donne des résultats excellents et certains dans les cas ordinaires de genou valgus et varus, à tout âge, mais ne produit aucun effet dans les degrés les plus accentués de ces difformités. Cette opération doit remplacer l'ostéotomie, parce qu'elle est exempte de tout danger et de toute complication. L'auteur n'a jamais observé de raideur ou d'inflammation articulaire chez ses opérés. Le malade peut marcher au bout de deux ou trois mois. L'ostéoclasie, par la méthode de Robin, est préférable au redressement manuel brusque, parce qu'elle évite les complications de celui-ci, qu'elle produit une lésion déterminée et non des lésions incertaines et multiples. Les résultats obtenus par cette opération montrent clairement qu'il n'est pas nécessaire, pour redresser le membre, d'enlever un segment cunéiforme, comme dans l'ostéotomie. D'après les faits observés par l'auteur, on peut pratiquer le redressement du membre aussitôt après l'opération, sans nuire aux bons résultats de celle-ci, contrairement à l'opinion de Robin. GEORGES THIBIERGE.

XIV. — Dans cette monographie, l'auteur a présenté une étude assez complète du genu valgum. Les divers travaux publiés sur la pathologie de cette affection (pathogénie, anatomie pathologique) sont résumés avec clarté. La thérapeutique est le plus longuement étudiée. Éclectique, l'auteur pratique l'ostéotomie et l'ostéoclasie qui, pour lui, ont chacune leurs indications, selon l'âge, l'étiologie, le degré de la difformité, les altérations des parties voisines en l'état général ; il cite, avec de très longs détails, 4 cas de genu valgum doubles, très prononcés, traités par les deux méthodes combinées, avec résultats parfaits. MAUBRAC.

I. — L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc (Amputation interscapulo-thoracique), par Paul BERGER (*Paris*, 1887).

II. — Amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc ; procédé opératoire, par LE MÊME (*Congrès de chirurgie de Paris*, 20 *octobre* 1886).

I et II. — L'auteur désigne sous ce nom l'ablation totale du membre supérieur avec l'omoplate, comprenant, le plus souvent, l'extirpation de l'extrémité externe de la clavicule.

Dans cette monographie, le premier travail complet qui ait été produit sur ce sujet, sont d'abord reproduites, le plus souvent dans tous leurs détails, les cinquante observations que Berger a pu rassembler dans la littérature médicale et joindre à la relation de son fait personnel. Ces observations se répartissent en trois catégories, suivant que l'opération a été exécutée en un seul temps pour débarrasser le malade d'une affection pathologique (tumeurs, ostéite) — ou que l'ablation de l'omoplate et de la clavicule a été pratiquée quelque temps après la désarticulation du bras, l'affection qui avait nécessité cette dernière opération ayant récidivé dans le moignon — suivant enfin que l'ablation totale du membre a été rendue nécessaire par une lésion traumatique.

La première catégorie, celle des *amputations pathologiques totales d'emblée* comprend 22 observations : — la deuxième, celle des *amputations pathologiques consécutives*, en renferme 16 : — celle des *amputations traumatiques* se compose de 13 cas.

Se fondant sur l'étude de ces faits, l'auteur envisage successivement l'opération en question au point de vue de ses *résultats*, de ses *indications*, et de son *manuel opératoire*.

Parmi les affections pathologiques qui réclament son emploi, l'on trouve :

Les tumeurs malignes de l'omoplate et les chondromes de cet os, auxquels la résection de l'omoplate n'est plus applicable, les tumeurs malignes de l'humérus et les chondromes de cet os, lorsqu'on ne peut se borner à pratiquer la désarticulation scapulo-humérale ;

Les ostéites occupant à la fois l'omoplate et l'humérus, et nécessitant l'amputation du membre.

L'ablation totale de l'omoplate et de la partie correspondante de la clavicule est indiquée par les tumeurs malignes de l'humérus pour lesquelles la désarticulation de l'épaule a été pratiquée quelque temps auparavant et qui ont récidivé dans la cicatrice ou dans l'omoplate.

Ce genre d'amputation doit être désigné sous le nom d'*amputations pathologiques consécutives*.

En cas de lésions traumatiques, l'amputation interscapulo-thoracique est surtout requise par l'étendue de la destruction des parties molles et par l'impossibilité où l'on est de constituer un moignon suffisant par la désarticulation de l'épaule.

Manuel opératoire. — La résection de la partie moyenne de la clavicule, immédiatement suivie de la section entre deux ligatures de l'artère et de la veine sous-clavières, ou des vaisseaux axillaires au-dessus de l'origine de leurs branches collatérales, doit toujours constituer le premier acte de l'amputation.

Dans l'exécution des temps subséquents, il convient de sectionner d'abord les attaches musculaires antérieures du membre où la circulation artérielle est suspendue par la ligature de l'artère sous-clavière ; de ne couper qu'en dernier lieu les attaches des muscles au bord supérieur et au bord spinal de l'omoplate, et les vaisseaux qui leur correspondent.

Quant au procédé auquel il convient, si l'on peut, de donner la préférence, c'est un procédé à deux lambeaux, l'un pectoro-axillaire, l'autre cervico-scapulaire, étudié avec beaucoup de soin et établi avec une rigoureuse précision par les recherches de Berger et Farabeuf.

Ce procédé avait été communiqué par l'auteur au Congrès de chirurgie (séance du 20 octobre 1886).

De nombreuses figures dans le texte et deux planches en chromo-lithographie facilitent l'intelligence de cet ouvrage qui renferme en outre l'indication exacte de toutes les observations et de toutes les publications qui ont paru sur ce sujet. A. C.

Zur Casuistik der Exostosis bursata (De l'exostose encapsulée), par FEHLEISEN (*Archiv f. klin. Chir,, XXXIII, p.* 152).

Bergmann a opéré, en 1884, une exostose encapsulée fort curieuse. La tumeur, qui siégeait à la face externe du genou, avait le volume d'une tête d'enfant. Elle était fluctuante, mais en la déprimant on pouvait arriver sur la partie osseuse de la tumeur. Après avoir disséqué et recliné le vaste externe, on arriva sur la tumeur dont l'incision donna issue à une sérosité jaunâtre et à plus de 500 corps étrangers. La capsule, très adhérente par places, fut soigneusement extirpée. Puis l'exostose sur laquelle s'inséraient encore deux corps pédiculés fut enlevée avec le maillet et la scie à chaîne. La guérison survint sans incident. L'exostose, sorte d'excroissance du fémur, était formée de tissu spongieux. Elle était revêtue d'une couche de cartilage qui variait de 1 à 3 millimètres d'épaisseur. Le revêtement cartilagineux s'arrête à environ 1 centimètre de la base de l'exostose; c'est là que la capsule est adhérente. Celle-ci se continue avec le périoste. Elle est formée de tissu conjonctif renfermant quelques fibres élastiques. La face interne est revêtue d'un endothélium formé par places d'une seule, par places de plusieurs couches de cellules plates à noyau. Le revêtement cartilagineux est également recouvert, sauf à son centre, d'une fine membrane qui porte le même endothélium. A la limite du revêtement cartilagineux, se trouve un certain nombre de prolongements. Ces corps libres sont formés de cartilage hyalin, dont les cellules paraissent en voie de prolifération active à la périphérie. On ne saurait douter que ces corps libres ne viennent des noyaux cartilagineux des prolongements.

Ces faits paraissent tout à fait en faveur de l'idée émise par Rindfleisch, soutenue par v. Bergmann, que les exostoses encapsulées proviennent non pas du cartilage de conjugaison, mais bien du cartilage articulaire. On ne peut admettre que la capsule ne soit qu'une bourse séreuse accidentelle. Son adhérence au périoste, la présence de corps cartilagineux dans son intérieur ne laissent aucun doute à cet égard. Au contraire, la structure de la capsule, son revêtement endothélial, la présence et la nature des corps étrangers, sont autant de preuves que cette capsule est une dépendance de la synoviale. Mais, toutefois, elle ne communique pas avec elle et c'est là le point difficile à expliquer. Sans doute on peut admettre une sorte de migration de l'exostose. On sait en effet que les exostoses cartilagineuses qui proviennent des cartilages de conjugaison ne se trouvent pas toujours, chez l'adulte, au niveau de ces cartilages. C'est là une simple affaire d'accroissement. Mais on ne peut admettre comme le dit Volkmann à propos du cas de Billroth, que l'exostose entraîne avec elle la synoviale. Elle devrait glisser sous elle et en sortir. L'auteur admet que la formation de ces exostoses encapsulées est due à ce que, de très bonne heure, un groupe de cellules se détache du germe squelettique non encore différencié. On aurait affaire à un tératome de l'articulation du genou. PIERRE DELBET.

I. — Anatomie, physiologie et luxations de l'articulation temporo-maxillaire, par FARABEUF (*Bull. de la Soc. de chir., XII, p.* 737, 742 *et* 743-744).

II. — Dislocation of the hip (De la luxation de la hanche), par H. MORRIS (*The Lancet*, 18 *décembre* 1886).

III. — De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles (2e *Cong. franç. de chir.*, 1886).

IV. — De l'intervention opératoire dans les cas récents de luxation de l'épaule avec fracture de l'humérus, par TRIPIER (2e *Cong. de chir.*, 1886).

I. — Farabeuf a cherché à déterminer les causes anatomiques qui maintiennent la mâchoire luxée dans sa fixité anormale, dans cette attitude caractéristique d'abaissement et de prépulsion.

Il démontre sur des pièces anatomiques fraîches et conservées que le mécanisme n'est pas constant et varie suivant les dimensions relatives de la branche montante de la mâchoire et de l'arcade zygomatique.

C'est tantôt l'accrochement sous-malaire du bec coronoïdien (théorie de Nélaton), tantôt le contact rétro-malaire du bord coronoïdien convexe (théorie de Monro), tantôt enfin la simple tension des ligaments postérieurs longs (théorie de Fabrice d'Aquapendente) qui empêchent les muscles élévateurs de produire leur effet et contribuent avec la tension de ces muscles à la fixité anormale.

Cela étant, pour réduire la luxation, il faut commencer par relâcher le ligament postérieur en abaissant légèrement le menton ; on peut alors abaisser en masse le maxillaire malgré les muscles et le refouler à sa place. MAURICE HACHE.

II. — A la suite d'observations et d'expériences nombreuses, Morris résume ainsi ses vues sur le mécanisme des luxations de la hanche en arrière : 1° dans les luxations postérieures régulières (variétés iliaque et ischiatique), la tête du fémur est d'abord portée en bas, sort de l'acetabulum en déchirant la capsule dans sa partie la plus mince, et glisse ensuite en arrière et en haut; la luxation est donc toujours indirecte; 2° c'est presque toujours dans l'abduction de la cuisse que la luxation a lieu, parce que dans cette position la tête du fémur fait saillie contre la portion inférieure mince de la capsule; 3° cette pathogénie est la seule qui fournisse l'explication de l'extrême facilité avec laquelle les luxations ischiatiques et iliaques peuvent être réduites, ou transformées en luxations pubiennes. H. B.

III.— Dans les luxations de l'épaule, *Mollière* a obtenu 7 succès par la méthode des sections sous-cutanées. Lorsque la tête est en même temps luxée et fracturée, le mieux est de réduire l'extrémité supérieure du fragment inférieur dans la cavité. On peut même chercher artificiellement le résultat. Dans certains cas de luxation irréductible, il est logique de fracturer l'humérus. Il ne faut pas chercher à obtenir une pseudarthrose entre les deux fragments, mais réduire le fragment inférieur dans la cavité. Lorsqu'il y a des stalactites osseuses volumineuses déterminant des douleurs, on peut en venir à l'opération sanglante.

Mollière pense que toutes les luxations du coude qui ne s'accompagnent pas de déformations osseuses peuvent être réduites. Dans les cas réellement irréductibles, il préfère la résection à l'arthrotomie. Généralement le résection humérale suffit.

Dans les luxations du pied en arrière, il ne faut pas faire d'opération sanglante, mais l'ostéoclasie sus-malléolaire. Chez un homme de 73 ans, il a obtenu un résultat parfait.

Trélat a eu l'occasion d'observer une luxation iliaque de cause directe datant de six mois et demi. Les manœuvres de douceur échouèrent complètement; comme il n'y a pas d'exemple de luxation de la hanche vieille de plus de trois mois réduite par les manœuvres de force, comme l'infirmité n'était pas très considérable, aucune autre tentative ne fut faite.

Des recherches qu'il a faites à l'occasion de ce malade, Trélat conclut :

1° A l'impérieuse nécessité d'un diagnostic prompt et exact;

2° A la réduction immédiate ; on emploiera d'abord les méthodes de douceur, ensuite celles de force;

3° Si, malgré tous les essais, l'échec est avéré, il faut se garder d'abandonner le malade dans cette période encore favorable. C'est alors que les sections sous-cutanées des ligaments et des muscles, et même l'arthrotomie dans les variétés graves permettent la réduction;

4° Passé deux et surtout trois mois, la méthode de douceur et surtout l'emploi d'une force très modérée donnent seuls des chances de réduction ;

5° En cas d'échec définitif, il faudra tenir compte de la variété de la luxation et de la position du membre. Si celui-ci est dans l'extension et permet la station, il faudra se borner à favoriser la formation et la consolidation de la néarthrose. Si le membre est fléchi et ne peut fournir aucun appui, on aura recours à l'ostéoclasie, ou même à l'ostéotomie suivie du redressement de la cuisse. Si, outre la position vicieuse, la tête fémorale est le siège ou la cause de douleurs permanentes, la résection sera la meilleure ressource.

Bouilly rapporte deux observations de luxation du coude : l'une en arrière datant de quatre mois et demi, l'autre en arrière et en dedans datant de huit mois et vingt jours ; toutes deux furent réduites avec l'appareil de Hennequin.

Dans un cas de luxation ovalaire de la hanche datant de trois mois et demi, l'auteur en faisant des tentatives de réduction fractura le fémur à l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen; le résultat a été excellent. Dans les luxations anciennes de la hanche, l'auteur pense qu'il faut s'adresser d'emblée à l'opération sanglante. L'ostéotomie suffit; il la préfère à l'arthrotomie.

Dans un cas de luxation intra-coracoïdienne complète qui datait de six mois, *Ollier* ne put obtenir qu'une réduction incomplète et instable. Neuf mois après l'accident, il entreprit l'arthrotomie, mais, la tête étant mise à nu, la réduction était encore impossible. Il fallut réséquer la tête. On put voir alors une portion de la capsule tassée contre la cavité glénoïde et constituant une sorte de ménisque qui la comblait. Ce fait prouve qu'il ne faut pas s'acharner dans les sections à ciel ouvert et à plus forte raison dans les sections sous-cutanées. Dans le cas précédent, l'extrémité antérieure de l'humérus avait une tendance marquée à se porter en avant. Il faut prendre des précautions contre cette tendance, pour éviter l'articulation huméro-coracoïdienne, qui est incontestablement inférieure à l'articulation huméro-glénoïdienne.

Au point de vue opératoire, il faut distinguer trois classes de luxations de l'épaule : les luxations en avant, les luxations en bas et les luxations

en arrière. Dans les luxations en avant, il est évident qu'il faut inciser comme pour la résection. — Dans les luxations en bas, où faut-il inciser? Ollier pense contrairement à Langenbeck et à Kustler que, même dans ces cas, il faut employer l'incision ordinaire de la résection, parce qu'elle seule permet de bien examiner la glène.

IV. — De deux cas intéressants dans le détail desquels nous ne pouvons entrer, Tripier tire les conclusions suivantes :

1° S'il existe des troubles vasculaires, on devra s'abstenir de toute espèce de manœuvre de réduction. L'intervention opératoire, en permettant de réduire et d'extirper la partie luxée, sera parfois suffisante. S'il existait une blessure simple de l'artère, on devrait lier dans la plaie. Dans le cas d'anévrisme, il serait peut-être préférable de lier la sous-clavière, quitte à faire ultérieurement le nécessaire pour la partie luxée ; la gangrène, suivant les circonstances, pourra commander tôt ou tard l'amputation ou la désarticulation ;

2° S'il n'existe pas de troubles vasculaires, à moins de contre-indications du côté de l'état général, on doit tenter de réduire. En cas d'échec, on est autorisé à intervenir directement, à condition que les fragments soient en rapport l'un avec l'autre. Dans le cas contraire, il est préférable de recourir à la méthode des mouvements, quitte à extirper plus tard la partie luxée si cela est nécessaire. PIERRE DELBET.

I. — A case of spina bifida treated by excision, par Thomas SINCLAIR (*The Dublin journ. of med. Sc., p.* 199, *mars* 1886).

II. — Contributo alla cura della spina bifida (Contribution au traitement du spina bifida à l'aide d'une nouvelle méthode opératoire), par GRASSI (*Annali univ. di med., février* 1886).

III. — Ueber die Behandlung der Spina bifida mit Injection von Iodlösungen par LÖBKER (*Soc. méd. de Greifswald,* 8 *mai* 1886).

I. — Enfant de 3 mois, spina bifida lombaire, du volume d'un petit œuf, à paroi mince, translucide, renfermant un liquide clair, reposant sur une base indurée ; la pression sur la tumeur ne détermine ni paralysie, ni douleur, ni engourdissement.

Ponction antiseptique avec un trocart ; issue d'un liquide clair, riche en albumine ; pansement au lint boriqué. Le lendemain, reproduction du liquide sans aucun phénomène inflammatoire. L'auteur se décide à réséquer toute la portion amincie et transparente de la tumeur, et il constate que dans son intérieur elle ne renferme aucun filet nerveux. Cautérisation légère de la périphérie de la tumeur avec le nitrate d'argent et pansement antiseptique rigoureux. Guérison rapide sans incident. H. R.

II. — Fillette, âgée de 4 mois, présentait à la région lombaire supérieure un spina bifida, gros comme un œuf de poule. Cette tumeur grossissait rapidement, sans signes de paralysie toutefois. La peau était amincie, vasculaire, excoriée en plusieurs points.

Faisant soulever la tumeur dans le sens de son grand diamètre qui était de 7 centimètres environ, l'opérateur traversa la base de la tumeur avec l'aiguille de Reverdin et plaça trois fils doubles de soie phéniquée, à la distance de deux centimètres l'un de l'autre. Ces fils furent étroitement reliés à deux morceaux de sonde en gomme élastique et l'on fit ainsi une suture enchevillée. Quelques gouttes de liquide sortirent au moment du passage de l'aiguille, et l'affrontement des tissus en fut facilité. Après avoir isolé les fils et les parties sous-jacentes au moyen de compresses imbibées d'eau, l'opé-

rateur passa la partie supérieure de la tumeur dans l'anse d'un fil de platine d'un millimètre d'épaisseur, qui fut porté au rouge ; la section fut faite lentement de manière à obtenir une escarre étendue. L'opération réussit parfaitement, sans autre issue de liquide rachidien et de sang. L'appareil était une batterie de quatre éléments de Bunsen, selon le système de Pischel, de Breslau. L'opération accompagnée et suivie de toutes les précautions antiseptiques eut un succès complet. L'escarre tomba le 21 novembre, la cicatrisation fut complète le 15 décembre et depuis la guérison paraît s'être bien maintenue. F. BALZER.

III. — Löbker a ponctionné un spina bifida sacré chez un enfant de trois semaines, et obtenu 12 grammes de liquide clair, aqueux. Au bout de 8 jours, la tumeur ayant repris son volume primitif, il a fait une seconde ponction suivie d'injection iodée. Guérison complète. A la place de la tumeur, la peau est ridée et oblitère à la façon d'une pelotte la fente vertébrale. L'enfant se porte fort bien. L. GALLIARD.

Beiträge zur klinischen Chirurgie, par von P. BRUNS (*Tübingen*, 1886, *Band II, Heft* 1 *et* 2).

1° *De la mort subite après les fractures par suite de thromboses et d'embolies*, par *P. Bruns*. Observation d'une femme robuste âgée de 55 ans ayant une fracture simple du fémur ; le 15e jour, thrombose de la veine crurale ; le 25e jour, mort brusque par embolie de l'artère pulmonaire. Après avoir réuni 35 autres cas analogues de la littérature, sur lesquels 30 se sont terminés fatalement, Bruns arrive aux conclusions suivantes : Cette complication survient ordinairement chez des personnes d'un certain âge ayant une fracture du membre inférieur ; l'époque de son apparition oscille entre le 4e et le 72e jour après la fracture, mais le plus grand nombre de cas correspond à la 2e et à la 7e semaine. C'est en général par asphyxie que la mort a lieu. Sur les 23 autopsies faites, on a trouvé 20 fois une embolie des artères pulmonaires et 3 fois une embolie du cœur droit. 5 malades ont guéri après avoir offert les signes d'une embolie pulmonaire.

2° *De la température dans les fractures simples* par *Ernst Müller*. S'appuyant sur 359 cas de fractures sous-cutanées, l'auteur montre que l'élévation de la température (au-dessus de 37°,9 dans le rectum) est un phénomène des plus habituels, puisqu'on l'a rencontré dans 308 cas, soit 85 fois sur 100. C'est le premier ou le deuxième soir que le thermomètre monte le plus haut.

3° *Tuberculoses de localisation rare*, par *O. Habermaas*. L'auteur relate sous ce titre d'abord 2 cas de tuberculose *mammaire ;* en les rapprochant ensuite des 6 cas publiés par Dubar, Ohnacken, et Ohrtmann, il esquisse une description de l'affection. Il rapporte ensuite 2 cas de tuberculose primitive de la *bourse muqueuse prérotulienne* et un cas de tuberculose du tissu conjonctif des *muscles*.

4° *De l'énucléation des goitres kystiques*, par *Eugen Müller*. P. Bruns a eu recours 8 fois avec profit à l'extirpation intra-capsulaire des kystes thyroïdiens, ou méthode de Julliard. En analysant les 33 opérations de ce genre pratiquées jusqu'ici, Müller a reconnu que la réunion s'est faite le plus souvent par première intention et que 13 jours ont suffi en moyenne pour amener la guérison.

5° *Traitement des tumeurs malignes par l'arsenic*, par *F. Koebel*. L'ar-

senic s'est montré impuissant contre le carcinome épithélial et le lymphosarcome. En revanche, dans un cas de sarcomes multiples à marche aiguë, il a donné d'excellents résultats et la guérison persistait encore au bout de 3 ans 1/2; c'est un 3e cas à ajouter à ceux de Köbner et de Lewandowski. En comparant les effets de la même médication dans 59 cas de lymphomes malins, Köbel a constaté les faits suivants ; 17 malades ont été guéris après une cure variable de 1 à 6 mois. Mais 5 d'entre eux ont eu une récidive contre laquelle 4 fois encore l'arsenic s'est montré efficace. 14 malades ont éprouvé une amélioration partielle ou temporaire ; enfin, chez les 28 derniers, le traitement n'a pas donné de résultats. En tout état de cause, la médication arsénicale doit être continuée 2 mois avant de désespérer du succès.

6° *Résultats définitifs de l'opération du cancer labial*, par *A. Wörner*. Depuis le mois de mai 1843 jusqu'à la fin de 1884, 305 cas de cancer des lèvres ont été admis à la clinique de Tubingue; 90, 15 0/0 concernaient des hommes ; les deux âges extrêmes des malades étaient 25 et 83 ans; la moyenne 62 ans 3; 289 fois c'était la lèvre inférieure qui était le siège du mal. Sur les 277 opérés, 16 (5,77, 0/0) ont succombé, surtout à la pneumonie hypostatique ; 99 (35,73 0/0) ont succombé à des récidives et 71 (25,63 0/0) à d'autres affections, après être restés guéris en moyenne durant 8 ans 4; 89 sont encore vivants (32,13 0/0) et bien portants, tandis que, chez les 2 derniers survivants, le cancer a récidivé. On peut conclure de cette statistique que, si la récidive ne se fait pas au bout de 3 ans, l'opéré peut être considéré comme définitivement guéri, avec une certitude presque absolue. Wörner a réuni dans la littérature tous les cas de cancer labial opérés : ils sont au nombre de 866 dont 782 sur des hommes. La mortalité générale est de 7 0/0 et la proportion des guérisons durables de 28, 1 0/0; comme on le voit, ces chiffres sont très analogues à ceux obtenus à Tubingue.

7° *Statistique des* 270 *cas de bec de lièvre* admis à la clinique de Tubingue de 1843 à 1885, par *Ernst Müller*. 170 concernent le sexe masculin; 116 sur les 270 consistaient en une division unilatérale labio-maxillo-palatine qui siégeait 81 fois à gauche ; 57 en une simple division latérale de la lèvre, dont 42 du côté gauche; enfin 47 en un bec-de-lièvre double compliqué. Sur les 255 opérés, 6 seulement ont succombé ; un autre malade est mort sans opération. L'époque la plus favorable pour opérer les becs-de-lièvre compliqués s'étend du 7e au 9e mois de la vie. Müller a eu des nouvelles de 227 opérés ; 150 d'entre eux vivent encore. L'opération faite prématurément tue davantage d'enfants qu'elle n'en sauve.

8° *Traitement des abcès froids par les injections d'iodoforme*, par *Carl. Andrassy*. Sur 22 cas traités de cette façon, 20 ont été parfaitement guéris. Le traitement a réclamé en moyenne 4 ou 5 semaines. Le liquide d'injection était une émulsion de 10 0/0 d'iodoforme dans parties égales de glycérine et d'eau ; on injectait en moyenne 50 grammes de ce liquide et en général on répétait 2 ou 3 fois les injections. Jamais il n'y a eu d'accidents.

9° *De l'actinomycose humaine*, par *P. Moosbrugger*. Dans les 3 dernières années, on a observé à la clinique de Tubingue 10 cas d'actinomycose chez l'homme, ce sont les premiers signalés en Wurtemberg.

Comme chez les animaux, l'infection s'opère vraisemblablement par l'ingestion d'orge ou par l'inhalation des germes spécifiques. Le premier effet nocif du champignon se traduit par la formation du tissu de granulations ; la suppuration en est une suite fréquente mais non constante. Sur les 10 malades, 7 ont guéri, 2 ont succombé et le dernier est encore en traitement. Moosbrugger a réuni à la fin de son travail, les 75 cas déjà connus.

10° *Luxation traumatique des deux articulations scapulo-humérales*, par *A. Wörner*. Il s'agit d'une femme qui se sentant tomber à travers une trappe s'était retenue aux bords avec les deux bras.

11° *Kyste hydatique de l'humérus*, par *Ernst Müller*. Les échinocoques occupaient toute l'étendue de la moelle humérale. Guérison après trépanation et curage. J. B.

I. — **De l'étiologie et de la pathogénie du tétanos, par OZENNE** (*Arch. gén. de méd.*, 1er *mars* 1886).

II. — **Étiologie et nature du tétanos, par DUFOUR** (*Thèse de Paris*, 1886).

III. — **Peut-on avoir deux fois le tétanos, par VERNEUIL** (*Gaz. hebdom.*, 25 *juin* 1886).

IV. — **De l'origine équine du tétanos, par VERNEUIL** (*Ibidem*, 10 *septembre* 1886).

V. — *Idem*, **par LEGRAS** (*Ibidem*, 24 *septembre* 1886).

VI. — *Idem*, **par ROMAIN** (*Ibidem*, 1er *octobre* 1886).

VII. — *Idem*, **par P. SAINT-VEL** (*Ibidem*, 15 *octobre* 1886).

VIII. — **Sur la contagion du tétanos, par RICOCHON** (*Ibidem*, 22 *octobre* 1886).

IX. — **Tétanos humain et animal, nouveaux documents, par VERNEUIL** (*Ibidem*, 18 *février* 1887).

X. — **Nouveaux faits pour servir à l'étiologie du tétanos, par LARGER** (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 849, 870).

XI. — **Sull' etiologia del tetano, par A. BONOME** (*La Riforma med.*, 21 *décembre* 1886).

XII. — **Nature, pathogénie et traitement du tétanos** (2e *Cong. franç. de chir.*, 1886).

XIII. — **Zur Casuistik des Wundstarrkrampfes (Du tétanos après les gelures), par Paul WAGNER** (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXIII*, 5 *et* 6).

XIV. — **Ueber eine seltene Komplikation des Tetanus, par PRIBRAM** (*Wiener med. Presse*, *p.* 6, 1886).

XV. — **Zwei Fälle von Tetanus hydrophobicus, par Conrad BRUNNER** (*Berlin. klin. Woch.*, 15 *et* 22 *février* 1886).

XVI. — **Tétanos céphalique chronique, mort, par TERRILLON** (*Bull. Soc. de chir.*, *XIII*, *p.* 155, 156).

XVII. — **Zur Behandlung der Tetanus (Traitement du tétanos), par A. HILLER** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 48, 1886).

XVIII. — **Ein bemerkenswerther Fall von Tetanus (Tétanos traumatique guéri à**

la suite d'une opération), par C. BRUNNER (*Berlin. klin. Woch.*, 22 *février* 1886).

I. — Dans cette revue sur l'étiologie et la pathogénie du tétanos, Ozenne discute les nombreuses causes que l'on a invoquées à l'appui du développement de cette affection.

Après avoir rappelé que l'anatomie pathologique est restée jusqu'à ce jour impuissante à éclaircir la pathogénie de la maladie, Ozenne examine la valeur des trois théories que l'on a étayées pour arriver à ce résultat.

La théorie musculaire n'étant plus qu'un fait historique, il n'y a d'hésitation possible qu'entre la théorie nerveuse et la théorie humorale ou infectieuse. Bien que la première soit adoptée par un grand nombre de médecins, elle a contre elle de nombreux faits cliniques, et, si quelquefois elle semble satisfaire, elle n'en reste pas moins incapable d'expliquer la généralité des cas.

Quant à la théorie de l'infection, émise par Benjamin Travers fils, elle a conquis de nombreux partisans depuis les récentes recherches de Carle, Rattone, Nicolaïer et Rosenbach.

En terminant cette revue, Ozenne ajoute que, puisqu'on ne peut tout au plus accorder qu'une influence prédisposante aux changements atmosphériques, il est naturel d'attribuer la cause du tétanos, dont les analogies avec les maladies infectieuses sont évidentes, soit à quelque agent, né en dehors de l'organisme, un germe, un contage vivant quelconque, soit à quelque poison violent fabriqué de toute pièce dans l'économie, et analogue aux leucomaïnes ou aux ptomaïnes.

II. — Dans cette étude, Dufour se fait le champion de la théorie humorale ou mieux infectieuse ; il donne un résumé des différents travaux, que cette question a provoqués, opposant aux résultats négatifs d'Arloing, de Tripier et de Nocard, les expériences de Carle et Rattone, les recherches de Nicolaïer sur les micro-organismes des terrains humides, et des divers autres expérimentateurs. OZENNE.

III. — Observation recueillie par L. Moreau, à Alger, d'un tétanos survenu, sans plaie, chez un homme de 32 ans. Le repos absolu, l'isolement, le chloral et les courants continus amenèrent la guérison. Ce qu'il y a de mieux, c'est que, 14 ans auparavant, à la suite d'une plaie du cuir chevelu, ce même malade avait eu un tétanos, traité par l'opium et le chloral.

Verneuil croit à une double attaque de tétanos ; Moreau hésite à formuler nettement ce diagnostic et se demande s'il n'a pas eu à combattre des accidents tétaniformes chez un hystérique.

IV. — Verneuil discute dans cet article, la possibilité de l'origine équine du tétanos et réclame des documents favorables à cette hypothèse, qu'il croit vraisemblable d'après les faits suivants : la fréquence du tétanos chez le cheval et dans une même écurie ; le grand nombre de sujets atteints de tétanos appartenant aux professions de charretiers, cochers, palefreniers. Dans l'infanterie, la mortalité par le tétanos atteint pour 100,000 hommes 0,85 ; dans l'artillerie, 1,05 ; dans la cavalerie, 2,15.

V. — Observation de tétanos n'ayant aucun rapport avec la possibilité de contagion équine.

VI. — Deux faits de tétanos survenus, l'un chez un dragon s'étant blessé le pied nu en courant dans l'écurie après un cheval ; l'autre chez

un jeune homme mordu à l'avant-bras et à la main, par un cheval; ce dernier guérit.

VII. — Saint-Vel combat l'hypothèse émise par Verneuil, en s'appuyant sur ce fait que le tétanos sévit dans des îles où le cheval n'a jamais pénétré, qu'il a frappé des équipages en pleine mer. Il cite diverses observations à l'appui.

VIII. — Ricochon publie le fait suivant qui lui semble en faveur de l'origine contagieuse du tétanos. Par une journée très chaude, huit mulets sont entrés successivement dans la même écurie, sur la même litière. Six ont eu le tétanos du troisième au huitième jour. Quatre succombent.

Ricochon, interprétant ce fait, ne trouve à invoquer ni le refroidissement, ni la transmission d'un animal à l'autre (ils appartenaient à des propriétaires différents). L'auteur semble disposé à admettre l'origine tellurique du tétanos, ce qui permettrait d'expliquer les apparitions d'épidémies. Il combat les faits de Saint-Vel, en prouvant qne les matelots qui avaient été frappés du tétanos à bord avaient été blessés à terre.

IX. — Dans cette nouvelle note, Verneuil publie plusieurs faits nouveaux de tétanos où la transmission semble avoir eu lieu par les instruments ou les mains des opérateurs, chirurgiens ou vétérinaires, et il déduit de ces observations les conclusions suivantes :

1° Les opérateurs peuvent transmettre le tétanos à leurs opérés et blessés, humains ou animaux, isolément ou en série;

2° Parmi les facteurs de la transmission, on doit compter les instruments qui, souillés par un principe virulent spécifique, deviennent ainsi agents de contagion médiate;

3° Cette contagion peut s'effectuer avec le même instrument à de longs intervalles, ce qui implique pour le virus la fixité, l'adhérence, la longue persistance de ses propriétés toxiques et sa résistance aux causes de destruction;

4° Ces notions permettent en retour d'apporter à ce mode d'infection, et comme remède préventif efficace, la purification des instruments par des procédés qu'il conviendra d'étudier. A. C.

X. — Larger apporte de nouveaux documents, empruntés les uns à la pathologie humaine et les autres à la pathologie comparée, en faveur de la nature microbienne et contagieuse du tétanos.

Verneuil y ajoute un certain nombre de faits du même genre.

Trélat ne considère pas la contagiosité du tétanos comme prouvée, mais son impression clinique est favorable à cette hypothèse.

Terrier signale l'absence de tout exemple de contagion du tétanos du cheval à l'homme à l'école d'Alfort depuis quarante ans, fait peu compatible avec la théorie défendue par Larger. MAURICE HACHE.

XI. — Bonome a recueilli, une heure après la mort d'un tétanique, des fragments de tissu conjonctif infiltrés de pus; ces fragments dilués, broyés dans l'eau stérilisée ont fourni un liquide qu'il a injecté dans la peau d'un lapin. L'animal présenta un opisthotonos intense, et pendant vingt-deux heures eut tous les signes du tétanos. A l'autopsie, le point d'injection était le siège d'une infiltration purulente; le pus contenait les bacilles de Rosenbach. L'injection du sang et du suc de la moelle, qui ne présentaient pas du reste de bacilles, a été sans résultats; mais l'injection du pus ou du liquide fourni par les tissus infiltrés a donné à chaque fois des mani-

festations tétaniques. Le tétanos semble donc bien inoculable de l'homme aux animaux. A. C.

XII.—Vaslin pense qu'il y a une certaine forme de tétanos qui n'est qu'une névrose, curable par les opiacés.

Thiriar a vu succomber du tétanos quatre opérées d'ovariotomie. Les quatre opérations avaient été simples, rapides et faciles. Les trois derniers cas de tétanos se sont produits coup sur coup en quelque sorte épidémiquement. Dans tous ces cas, la durée d'incubation a été la même : le tétanos s'est montré six ou sept jours après l'opération. Dans ce cas, l'air ne peut avoir été l'agent du transport de la contagion. En faisant des recherches, Thiriar a pu constater une véritable épidémie de tétanos, qui sévit depuis deux ans à Nivelle, petit village des environs de Waterloo.

Mannoury ne croit pas à la contagion du tétanos. Dans les sept cas qu'il a observés personnellement, il est impossible de trouver le moindre fait de contagion; ses inoculations sont restées sans résultat. Il a pu recueillir trente autres cas de tétanos, dans lesquels la contagion ne peut être démontrée, et qui se sont tous manifestés dans les mois de mars et avril, ou octobre et novembre. Il a rassemblé cent cinquante cas de tétanos chez les animaux. Aucun des vétérinaires qu'il a consultés ne se souvient d'avoir soigné deux animaux dans la même ferme. En somme, il considère que l'observation des faits n'est pas favorable à la théorie de la contagion du tétanos.

Verneuil pense que le tétanos est une maladie contagieuse qui a une origine animale comme le charbon ou la rage. Pour lui, c'est chez le cheval que se développe la maladie, et cet animal qui nous donne déjà la morve nous donnerait en outre le tétanos. Cet hypothèse est appuyée sur ce que le tétanos est surtout fréquent chez les gens qui sont en communication avec les chevaux et à la suite des morsures de ces animaux.

Doyen a pu étudier trois cas de tétanos. Dans l'un de ces cas, il a trouvé à l'autopsie un piqueté rouge de la substance grise; dans un autre, il a trouvé des micrococci en grappe, à la fois dans le pus et dans le sang du malade; dans le troisième, des cultures faites avec des fragments du bulbe, de la protubérance, de la rate et du foie furent positives; mais ces cultures ne contenaient que des microcoques vulgaires. Doyen n'a jamais pu rencontrer le microbe de Nicolaïer. A son avis, les expériences de ce dernier ne sont pas concluantes. Peut-être aussi l'affection convulsive qu'il a donnée aux lapins n'est-elle pas le tétanos? Pour Doyen, le tétanos n'est pas une maladie spécifique ; ce n'est qu'une forme, qu'une modalité de la septicémie.

Blanc a observé un grand nombre de cas de tétanos, à Bombay. Il en distingue trois formes : 1° la forme suraiguë qui dure, en moyenne, trois jours et emporte le malade avec une énorme élévation de température ; 2° la forme subaiguë, qui entraîne la mort entre le douzième et le treizième jour, par spasme respiratoire; 3° la forme chronique qui se prolonge de trente à soixante jours, et qui n'est pas fatalement mortelle.

Jusqu'à présent, il n'y a pas de lésion connue du tétanos. Les lésions médullaires manquent dans les cas aigus ; elles sont l'effet et non la cause de la maladie.

Le vrai traitement consiste à éviter les traitements dangereux, tels que les élongations nerveuses et à donner certains médicaments, le chloral et le bromure de potassium.

Blanc n'est pas éloigné de croire que le tétanos vienne du cheval. A son avis, c'est quelque chose qui affecte non la plaie, mais l'individu. A Bombay, les cas de tétanos spontané ne sont pas rares. Le véritable agent de la contagion, c'est l'eau ; le tétanos est bu comme le choléra.

DELBET.

XIII. — Dans un travail paru dans les *Archives de Langenbeck* (t. XXII), Gueterbock a conclu que, contrairement à l'opinion générale, les gelures ne jouaient qu'un faible rôle dans l'étiologie du tétanos.

Cette assertion est contredite par les faits observés à la clinique de Leipsig, où, sur 164 gelures, il y eut 5 tétanos, soit 3,4 0/0, tandis qu'il n'y en avait que 15 sur 15,540 malades de chirurgie, soit, 0,096 0/0. Les cas de tétanos par gelure représentent donc le tiers de l'ensemble des cas de tétanos.

Le tétanos n'a été observé qu'après des gelures du membre inférieur, sans doute à cause de leur fréquence et de leur profondeur relatives. Dans 3 des 5 cas de Wagner, il ne s'agissait que de gelures au 2e degré (phlyctènes et dénudation de la couche de Malpighi, sans gangrène). Il a observé, sur un de ses malades, de l'hémoglobinurie, fait à l'appui de la nature infectieuse du tétanos. Presque tous ces cas étaient aigus ou suraigus, et tous les sujets sont morts. La thérapeutique est absolument impuissante dans ces formes, d'après l'auteur. MAURICE HACHE.

XIV. — Un sujet de 45 ans, atteint de tétanos idiopathique sans traumatisme, sans refroidissement antécédent, est traité par le bromure de potassium et le chloral; au bout de quatre semaines, il ne conserve que de la raideur des muscles abdominaux et des membres inférieurs. A ce moment, nouvelle fièvre et signes d'infarctus pulmonaire à la base droite. Huit jours après, mort subite.

On attribue la mort à une embolie venant du cœur droit, ou plutôt, comme il n'y a pas de signes cardiaques, d'une grosse veine, probablement de l'hypogastrique. Ce diagnostic est confirmé par l'autopsie. Le cœur est libre, mais il y a un caillot volumineux dans l'artère pulmonaire, à cheval sur la bifurcation des deux bronches qu'il obstrue ; ce caillot correspond à une thrombose de la veine hypogastrique gauche. Infarctus pulmonaire du lobe inférieur droit.

La thrombose veineuse est due aux troubles circulatoires du système veineux, causés par la rigidité des parois abdominales et le décubitus dorsal prolongé. L. GALLIARD.

XV. — Ce sont deux cas de tétanos traumatique compliqué de spasme de la déglutition et d'hémiplégie faciale du côté de la lésion. Gueterbock (*Arch. für klin. Chirurg.*, 1884) a réuni les 15 premiers faits de ce genre; depuis lors il n'en a été publié que 3 par Wagner (*Schmidt's Jarbücher*, 1884, t. CCIV, p. 139), Hadlich (*R. S. M.*, XXV, 581) et Holsti (*Virchow's Jahrbücher.*, 1884, t. II, 2e partie, p. 391).

Dans les deux observations recueillies par Brunner à la clinique de Kroenlein, à Zurich, le tableau symptomatique et l'évolution des accidents ont été identiques.

L'un et l'autre malades (hommes de 27 et de 38 ans) avaient une fracture esquilleuse du frontal, avec plaie, au niveau d'une région où les rameaux du trijumeau et du facial pouvaient avoir été simultanément lésés. L'un des

blessés avait été convenablement soigné, tandis que la plaie de l'autre avait été totalement négligée.

Chez l'un, la paralysie faciale était apparue en même temps que le tétanos, le septième jour après la blessure ; chez l'autre, quatre jours après l'accident et quatre jours avant le début du tétanos.

Tous deux, outre le spasme caractéristique de la déglutition, offraient des troubles respiratoires, des accès de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie.

L'exploration électrique pratiquée chez l'un d'eux fit connaître qu'il s'agissait d'une paralysie faciale d'origine périphérique ; car il n'existait aucun trouble des muscles du voile, aucune altération du goût, de l'ouïe ou de l'odorat, et la réaction faradique des muscles paralysés était à peu près normale.

Le premier malade succomba 8 jours et le second 14 jours après sa blessure. Leur autopsie ne révéla aucune lésion du cerveau ni de la moelle, pouvant expliquer la paralysie.

A l'examen microscopique, on constate l'intégrité des nerfs périphériques.

J. B.

XVI. — Jeune homme de 16 ans, début 8 jours après une petite plaie contuse de la pommette gauche, alors cicatrisée, caractérisée par du trismus du côté blessé, avec un peu d'asymétrie de la face. En cherchant à vaincre le trismus, on détermine des crises douloureuses avec congestion de la face, crises que détermine aussi la déglutition des liquides : chaleur, repos, chloral.

Mort subite nullement prévue, le 19e jour, quelques minutes après avoir pris un peu de lait.

C'est un exemple de la variété de tétanos décrite par Rose, sous le nom de tétanos hydrophobique. MAURICE HACHE.

XVII. — Le tétanos a une grande analogie avec le coup de chaleur. C'est dans ces deux maladies qu'on observe les plus hautes températures connues. Et, dans les deux, l'élévation de la température est due aux mêmes causes. La contraction musculaire (contractions toniques dans le tétanos; marche ou efforts dans le coup de chaleur) et insuffisance de la perte de chaleur occasionnée par la contraction des muscles de la peau dans le tétanos, par les vêtements dans le coup de chaleur. C'est cette élévation de température qui est la cause de la mort. Ce n'est pas comme on l'a prétendu un poison engendré dans les muscles ; car on sait que, lorsqu'on élève artificiellement la température des animaux, ils succombent lorsque celle-ci a atteint 44 ou 45° C. C'est contre la cause immédiate de la mort, contre l'élévation de température qu'il faut lutter. Par quels moyens ?

Les bains froids doivent être proscrits, parce qu'ils augmentent l'irritabilité du système nerveux central et qu'ils déterminent une violente contraction des fibres lisses de la peau. Il faut avoir recours aux bains tièdes à 24° R., et y joindre la médication antipyrétique.

Nous possédons un bon nombre de médicaments antithermiques, et on sait qu'on peut tenir un malade pendant plusieurs jours de suite sous l'influence de l'antipyrine et de la thalline, et ramener ainsi sa température à la normale, sans inconvénient. On pourrait essayer aussi de la pilocarpine. PIERRE DELBET.

XVIII. — Garçon de 14 ans, s'étant, en tombant, fracturé le radius gauche et fait une plaie. Au bout d'une quinzaine, symptômes tétaniques avec trismus, emprosthotonos.

A 8 centimètres au-dessus de l'articulation radiocarpienne existe un fort

épaississement de l'os ; au même niveau, du côté de la flexion, se voit une cicatrice douloureuse à la pression. Rétention d'urine.

Incision sur le foyer de la fracture. Brunner trouve le nerf médian soudé au fragment supérieur déplacé. Après l'avoir libéré, il réséqua l'arête saillante du fragment supérieur. Immédiatement après l'opération, ni les jours suivants, on ne remarqua aucun changement dans l'état du blessé. Injections quotidiennes de 1 centigramme de morphine.

Au bout d'une quinzaine, tous les symptômes du tétanos avait à peu près disparu. J. B.

I. — Einige neue Fäll von Aktinomycose des Menschen (Quelques nouveaux cas d'actinomycose chez l'homme), par PARTSCH (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXIII, Heft* 5 *et* 6).

II. — Ein Fall von abdominaler Actinomykose, par HOCHENEGG (*Soc. des méd. de Vienne*, 22 *octobre* 1886).

III. — Ein Fall von Lungenaktynomykose (Un cas d'actinomycose du poumon), par SZENASSY (*Centralblatt f. Chirurgie*, *n°* 41, *p.* 705, 1886).

I. — Partsch rapporte d'abord quatre observations d'actinomycose au voisinage du maxillaire inférieur et du cou qui confirment le tableau clinique qu'en a tracé Israel. Cette affection se présente sous la forme d'une petite tumeur dure et indolente, sans altération de la peau, qui marche lentement et généralement sans grande douleur vers la suppuration. L'abcès qui lui succède se caractérise par l'étendue et la résistance de l'infiltration qui l'entoure, et surtout par la présence, dans le pus peu abondant qu'il contient, de masses granuleuses d'un jaune rougeâtre et des grains pathognomoniques, soit libres dans le pus, soit disséminés dans les masses granuleuses. La couleur de ces grains, qui ont le volume d'un grain de millet, n'est pas toujours jaune soufre, et tire souvent sur le gris ; ils ont un aspect vitreux et demi-transparent.

Le pronostic de l'actinomycose localisée dans ces régions est favorable, et un traitement rapide, par l'ablation complète des parties malades, permet une guérison rapide.

Partsch expose et discute ensuite un cas des plus curieux d'actinomycose développée dans la cicatrice d'une opération de cancer du sein chez l'homme, et dans lequel les champignons ont été vraisemblablement inoculés pendant l'opération et ont pu se développer malgré des précautions antiseptiques sévères.

Il termine son travail par trois cas d'actinomycose abdominale, dont deux terminés par la mort et un troisième par guérison, mais avec crainte de récidive. Cette localisation de l'affection est d'une gravité extrême, et on ne connaît qu'un seul cas de guérison complète, dû à Magnussen, qui est même discutable à cause de la brièveté de la période d'observation ultérieure.

L'auteur pense avec Ponfick que le champignon de l'actinomycose est incapable de déterminer par lui-même la suppuration et la fétidité, et que ces accidents ne surviennent que quand il est mêlé à d'autres microorganismes, comme les bactéries de la putréfaction, ce qui arrive facilement quand il pénètre dans les tissus en sortant de la bouche ou de la paroi intestinale.

Relativement à l'étiologie, ces observations établissent que le champi-

gnon peut coloniser dans la cavité d'une dent cariée et envahir de là l'organisme et qu'il peut aussi pénétrer dans les tissus à la faveur d'une plaie. MAURICE HACHE.

II.—Hochenegg présente un homme de 43 ans qui, ayant reçu, il y a un an, un coup violent à l'hypogastre, dut rester au lit pendant quinze jours. Trois mois après le traumatisme, le sujet s'aperçut d'une tuméfaction sus-pubienne. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, il vit s'écouler par l'ombilic une certaine quantité de pus. Or ce pus contenait des actinomyces. La sonde pénétrait à une profondeur de 8 centimètres. Au-dessus de la symphyse existe encore une tumeur facilement appréciable.

L'auteur pense que les actinomyces provenant de l'intestin ont cheminé grâce aux adhérences péritonéales consécutives au traumatisme. Il se propose de pratiquer une opération. L'état général du sujet est médiocre. L. GALLIARD.

III. — L'observation que publie Szenassy n'a rien de particulier. Il s'agit d'une actinomycose du poumon, qui s'est propagée à la plèvre, puis à la paroi thoracique. L'abcès thoracique a été ponctionné et traité par les injections d'iodoforme. Il s'est reproduit; mais l'état de la malade, qui est encore en traitement, s'améliore.

Ce qu'il y a de très intéressant, c'est que c'est le premier fait d'actinomycose qu'on observe en Hongrie. PIERRE DELBET.

Deux cas de transfusion sanguine pour anémie chronique, par GIVEL (*Revue médic. Suisse romande VI*, 760, *décembre* 1886).

L'état des deux malades, des femmes, dont l'une âgée de 62 ans avait de l'albuminurie et de l'anasarque, a été heureusement modifié par la transfusion du sang qui a été faite suivant un procédé un peu spécial. L'artère radiale de la personne qui fournissait le sang a été mise en communication avec la veine médiane céphalique de la malade, au moyen d'un tube à vaccin, bien désinfecté.

Givel trouve ce procédé plus simple et moins dangereux que la transfusion au moyen de la seringue. Il faut faire, il est vrai, le sacrifice de l'artère radiale chez le sujet qui donne son sang, ce qui est plus grave et plus difficile que de faire une simple saignée au pli du coude; mais, dans ce dernier cas, il faut encore défibriner le sang, le filtrer, le soumettre à un certain degré de chaleur avant de le transfuser, ce qui rend l'opération laborieuse. Givel n'a pas eu recours à la transfusion d'eau salée qui lui paraît convenir plutôt aux cas d'anémie aigüe post-hémorragique. J. B.

Ueber Varicen, par L. von LESSER (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CI*, *Heft* 3, *p.* 528).

Les varices sont-elles causées uniquement par une distension produite par un obstacle à la circulation, ou sont-elles un processus pathologique analogue à celui qui préside à la formation des tumeurs, sont-elles des angiomes? Von Lesser fait dans les veines des injections avec de la bouillie de plâtre de façon à y déterminer des thromboses. Jamais dans ces cas il n'a pu produire de varices. Il en conclut que ces altérations veineuses ne sont pas dues à des troubles mécaniques de la circulation. La compression d'un tronc veineux détermine sur ses branches non pas des varices mais une simple distension, partout sensiblement égale, mais sans augmentation de la paroi veineuse en longueur, largeur

et épaisseur. L'auteur s'appuie sur les lésions importantes de la paroi veineuse pour admettre que les varices sont de véritables angiomes, qu'il compare à l'anévrisme cirsoïde. Il invoque l'hérédité, l'âge, la grossesse comme causes prédisposant à cette affection en vertu des modifications particulières et mal connues qu'elles impriment à l'organisme tout entier. La grossesse en particulier provoquerait les varices non pas tant à cause de la pression de l'utérus gravide sur les veines iliaques que par suite de l'état puerpéral. D'ailleurs dans certains pays (Suisse), les varices seraient plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. L'auteur reconnaît qu'il serait intéressant d'étudier l'étiologie des lymphangiectasies au point de vue de leurs rapports avec les lymphangiomes et les diverses formes d'éléphantiasis. Pour sa part, il a injecté du plâtre dans de gros troncs lymphatiques sans provoquer de dilatation des troncs affluents. Enfin il serait important de bien connaître le développement embryologique des vaisseaux qui permettrait sans doute d'expliquer la production d'un grand nombre de leurs altérations. Les renseignements fournis par cette étude viendraient à l'appui de l'hypothèse de Cohnheim qui fait dériver les tumeurs de germes embryonnaires. P. GALLOIS.

Uber den Mechanismus des schnellenden Fingers (Mécanisme du doigt à ressort), par C.-F. STEINTHAL (*Centralblatt f. Chirurg.*, *n°* 29, *p.* 497, 1886).

La cause de l'affection peut siéger dans l'appareil ligamenteux. Steinthal a constaté dans un cas que l'insertion des ligaments à la base de la seconde phalange du côté palmaire était élargie. Lorsqu'on fléchissait lentement le doigt, les fibres des ligaments latéraux se tendaient de plus en plus. Dès que la flexion avait atteint 45°, la tension était à son maximum. Si l'on fléchissait davantage, les points d'insertion des ligaments commençaient à se rapprocher et la tension était remplacée par un mouvement rapide. PIERRE DELBET.

Deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue. Opération, guérison, par PIÉCHAUD (*Bull. de la Soc. de chir.*, *t. XII*, *p.* 841-845).

Dans deux cas d'épithélioma de la face interne de la joue, limité à la partie muqueuse et sans lésion de la peau, Piéchaud, pour éviter un délabrement trop considérable, a imaginé de disséquer deux lambeaux cellulo-cutanés en dépassant les limites du mal et de réséquer seulement les plans musculo-muqueux. Autoplastie immédiate par simple suture des lambeaux. Guérison rapide. Très bon résultat esthétique.

Ce procédé a en outre l'avantage de retarder l'ouverture de la cavité buccale et de rendre l'anesthésie facile.

Verneuil, Peyrot et Th. Anger insistent sur la grande tendance à la récidive de l'épithélioma de la joue et condamnent ce procédé qui conserve une partie de peau dont le sacrifice est nécessaire. MAURICE HACHE.

I. — Traitement de l'anthrax par le sublimé, par SLESAREVSKY (*Russkaïa med.* *n.* 30, 1886).

II. — De l'acide phénique dans l'anthrax, par MOROZOFF (*Iegened klin. Gazeta*, *n.* 6, 1886).

III. — *Idem*, par **LEVANTÜEFF** (*C. rend. de la Soc. de méd. d'Omsk*, n° 2, 1885

IV. — *Idem*, par **INDÜTNYI** (*Russkaïa med.*, n. 26, 1886).

I. — Relation de 63 cas d'anthrax avec 2 morts (entrés au 7e jour de la maladie dans un état sans espoir). Un cas (face) traité par les injections phéniquées; 5 cas (2 de la face) par les cautérisations au thermocautère; 11 cas (3 de la face) par l'excision et la poudre d'acide salicylique; 44 cas (13 de la face) par l'excision et la poudre de sublimé.

II. — 4 cas d'anthrax. Insuccès des injections d'acide phénique dans 2 cas. Chez un malade on en fit 28 d'une solution à 3 0/0. Un dernier malade guérit par ce traitement, 76 injections à 4 0/0 en 6 jours.

III. — Un cas d'anthrax de la face traité par cette méthode, guérison.

IV. — Six cas de pustule maligne traités par les injections d'acide phénique, après incision et cautérisation à l'acide nitrique ou au nitrate d'argent. 1 mort, pustule de la lèvre.

OPHTALMOLOGIE.

I. — Loi de Bloch relative aux lumières de courte durée, par CHARPENTIER (*Soc. biol.*, 8 *janvier* 1887).

II. — Théorie des disques rotatifs, par LE MÊME (*Ibidem*, 22 *janvier* 1887).

III. — Variations de la persistance des impressions rétiniennes dans différentes conditions, par LE MÊME (*Ibidem*, 19 *février* 1887).

IV. — Influence de l'intensité lumineuse sur la persistance des impressions rétiniennes, par LE MÊME (*Ibidem*, 19 *février* 1887).

I. — L'auteur a confirmé, par de nouvelles expériences, la loi établie par Bloch, à savoir : qu'il existe une relation précise entre la durée de l'excitation et l'intensité limite au-dessous de laquelle il n'y a plus de perception : l'intensité limite varie en raison inverse de la durée de la lumière. Il a de plus observé qu'il y a une durée maxima au-dessus de laquelle l'intensité lumineuse limite ne varie plus.

Pour les durées d'excitation ne dépassant pas 1/8 de seconde, l'intensité lumineuse apparente des lumières de courte durée (l'intensité apparente est toujours l'inverse du minimum perceptible) est proportionnelle au temps pendant lequel elles agissent sur la rétine.

Les impressions lumineuses s'ajoutent dans le temps comme elles s'ajoutent dans l'espace; pour que la sensation se produise, il faut que, sur une zone rétinienne donnée et dans un certain temps, il arrive pour ainsi dire une masse constante de lumière, peu importe que cette masse se distribue sur un grand ou un petit espace et qu'elle arrive vite ou lentement sur la rétine.

II. — Après avoir rapporté diverses expériences, l'auteur conclut que, pour se rendre compte de la production de la sensation lumineuse et de son intensité, il faut considérer une sensation déterminée comme se composant de l'addition de sensations élémentaires de durée très courte.

Chacune de ces sensations élémentaires entre pour son compte dans le total avec une intensité proportionnelle à celle de la source qui les produit, et, de plus, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité de la sensation résultante est proportionnelle au nombre des sensations élémentaires nées pendant l'intervalle de temps considéré.

III. — 1° La persistance de l'impression lumineuse est en raison inverse de la durée de l'excitation ;

2° La persistance de l'impression lumineuse paraît réglée uniquement par l'intensité de la sensation produite, que l'excitation soit courte ou longue ;

3° La couleur influe sur la persistance des impressions rétiniennes, non par sa nature mais par son intensité ;

4° L'influence de l'obscurité agit dans le même sens que les autres causes d'accroissement de la sensation, qui raccourcissent, d'une façon générale, le temps pendant lequel la sensation lumineuse persiste avec son intensité primitive après la cessation de l'excitation.

IV — 1° La persistance des impressions lumineuses diminue quand l'éclairage augmente et inversement.

2° Pour les éclairages faibles et pour les excitations lumineuses de durée assez courte, la persistance des impressions varie sensiblement en raison inverse de la racine carrée de l'éclairage. C. WALTHER.

Ueber die Functionsweise der Netzhautperipherie und den Sitz der Nachbilder (Du fonctionnement de la périphérie de la rétine et du siège des images secondaires). par Sig. EXNER (*Arch. f. Ophthalm., XXXII, n°* 1).

L'auteur s'est demandé si la supériorité que possède la périphérie de la rétine sur son centre, grâce aux mouvements de l'œil, doit être attribuée aux changements du champ visuel. Diverses recherches, parmi lesquelles il faut compter une rapide production de lumière et d'obscurité, permettent de conclure que dans la vision indirecte les variations sont plus grandes que dans la vision directe; lorsqu'au contraire, on fait ces essais avec une source lumineuse peu intense, et qu'on fait tourner le disque chargé d'intercepter la lumière avec une vitesse telle, qu'on a une sensation lumineuse soutenue dans la vision directe, on peut, lorsqu'on retourne un peu le regard de façon à faire toucher la source lumineuse sur une partie périphérique de la rétine, percevoir encore un scotome lumineux.

Mais cette propriété de la périphérie rétinienne, de distinguer les variations d'intensité lumineuse, est encore plus marquée, lorsqu'on fait les recherches de telle sorte qu'en plaçant devant un carton noir un écran blanc percé de plusieurs trous mesurant 8 millimètres de diamètre, ces trous paraissent noirs; grâce à un petit artifice l'un de ces trous peut être recouvert d'un petit écran blanc, afin de le faire disparaître. Or, si l'on présente ces trous à la périphérie de la rétine où la sensation est si faible qu'on puisse à peine percevoir les points noirs, cette sensation persistera cependant, même si on fait disparaître subitement l'un ou l'autre des trous. Le même phénomène se produit lorsqu'on fait agir un carton noir sur un fond blanc.

Il est bien entendu que le phénomène n'est pas perceptible lorsqu'on fait disparaître seulement l'un des points, mais la sensation persiste, au

contraire, tant qu'on n'a pas fait disparaître complètement les trous soit par un fond blanc, soit par un fond noir.

Cette facilité de perception de la rétine pour les variations lumineuses s'expliquerait par son rapide épuisement et sa régénération tout aussi prompte, tandis que la macula conserve beaucoup plus longtemps la sensation des images secondaires.

ROHMER.

Ueber die Empfindlichkeit des normalen Auges gegen Farbentöne auf der Peripherie der Netzhaut (Sur la sensibilité aux couleurs de l'œil normal à la périphérie de la rétine), par DOBROWOLSKY (*Arch. f. Ophthalmol.*, *XXXII*, *n°* 1).

Les recherches antérieures de Helmholtz, Aubert et Woinow permettent seulement de supposer que la sensibilité aux couleurs de la périphérie rétinienne est un peu moindre qu'au centre, et que, de plus, au niveau de la partie antérieure, certaines couleurs du spectre ne sont plus perçues du tout. L'auteur s'est proposé de mesurer cette diminution de sensibilité du centre vers la périphérie, où elle commence, si elle suit la même décroissance pour toutes les couleurs, et enfin si, à la périphérie, la sensibilité est la même pour toutes les couleurs du spectre.

L'auteur, ayant fait, pendant près de treize ans, de longues recherches spectroscopiques, a constaté que, dans son œil droit dont il s'était servi habituellement, la sensibilité périphérique de la rétine s'était accrue de moitié sur l'œil gauche, un peu moins pour le rouge, et davantage pour le violet. König, dans des recherches analogues, a trouvé aussi que la sensibilité rétinienne périphérique était surtout intense pour les raies D et F du spectre.

C'est dans la vision directe que la sensibilité aux couleurs est surtout marquée, tandis qu'elle diminue de plus en plus dans la vision indirecte pour toutes les couleurs.

Mais moins l'intensité des couleurs est perçue au niveau de la macula, plus leur perception diminue rapidement vers la périphérie.

La diminution de perception, quoique allant graduellement vers la périphérie, n'est cependant pas la même pour toutes les couleurs; ainsi le rouge et le vert, pour lesquels l'intensité de perception est peu notable au centre, diminuent bien plus lentement au voisinage de la macula que le jaune et le bleu, qui cependant, au centre, sont perçus avec une intensité maximum. A la périphérie, le contraire a lieu; la perception pour le rouge et le vert diminue bien plus vite que pour le jaune et le bleu.

ROHMER.

On the influence of concave glasses and convergence of the ocular axes in the increase of myopia, par FÖRSTER (Breslau) (*Arch. of ophthalm. XV*, *n°* 4, *p.* 399).

Les mauvaises conditions hygiéniques de l'école, éclairage insuffisant, pupitres, caractères d'imprimerie, ne sont que des causes adjuvantes de la progression de la myopie; ce qui le prouve, c'est que, depuis 10 ans qu'on a corrigé ces défauts, la proportion des myopes n'a fait qu'augmenter. Il faut bien plutôt tenir compte de la durée du travail qui, pour beaucoup d'enfants, est de plus de 10 heures par jour. La cause principale de l'augmentation de la myopie, c'est l'application des yeux à

courte distance, ce qui nécessite la contraction énergique du muscle accommodateur, ainsi que celle du muscle droit interne pour la convergence. De là les deux hypothèses qui ont été émises. L'auteur nie que la contraction énergique du muscle ciliaire puisse avoir une action sur le diamètre antéro-postérieur de l'œil. Tout tend à démontrer au contraire que l'origine et l'augmentation de la myopie sont dues à la convergence des axes visuels. De ses observations, il résulte que le traitement rationnel est le suivant : 1° Appareils mécaniques tels que le support de Berthold, obligeant les enfants à lire à une distance de plus de 20 à 25 centimètres, le support pourrait être gradué et modifié suivant les cas; 2° Usage constant des verres correcteurs concaves, lorsque la myopie dépasse 1,75 D et même, dans certains cas, usage de verres prismatiques. On évite ainsi non seulement la progression de la myopie, mais les déformations caractéristiques du corps qui en sont la conséquence. F. DE LAPERSONNE.

Contribution à l'étude de la myopie, par STILLING (*Archives of ophthalm., XV, n° 3, p. 296*).

Stilling pense que Cohn, et surtout ses élèves, ont donné une trop grande importance, dans leurs statistiques, aux faibles degrés de myopie et ont trop élargi la question en partant de ce principe que tout œil myope est un œil malade. Il faut admettre trois degrés : le premier comprend les cas ne dépassant pas 2 D, c'est une variété, une anomalie physiologique qui apparaît pendant la période de croissance, mais n'augmente pas. Le second degré est la myopie acquise par le travail de près, il va jusqu'à 6 à 7 D et même 9 D (Tscherning). En troisième lieu, la myopie destructive qui doit avec raison être séparée des deux autres : elle ne dépend pas seulement du travail à courte distance, mais aussi des mauvaises conditions hygiéniques et de la débilitation générale. D'après la statistique qu'il a recueillie dans différentes maisons d'éducation, le second degré, allant de 3 à 6 D et dépendant spécialement du travail de près, ne dépasse pas 5 0/0. F. DE LAPERSONNE.

Severe suppuration following a squint operation (Suppuration grave consécutive à une opération de strabisme), par KNAPP (*Arch. of ophthalm. XV, n° 4, 436*).

L'auteur rapporte un cas de suppuration consécutive à une simple ténotomie sous-conjonctivale du droit interne. Il y eut ulcère de la cornée, hypopion, et consécutivement l'œil se plaça en strabisme divergent. Knapp ne doute pas que la cause de la suppuration doive être attribuée à l'opération. Une infection quelconque, l'exposition au froid, d'autres conditions encore, n'ont fait que favoriser le développement de cette inflammation. 14 ans plus tard, il fut appelé à corriger cette déviation. Cette fois, il s'entoura de toutes les précautions antiseptiques (solution au biiodure de Panas), il fit une ténotomie du droit externe, puis un avancement musculaire de l'interne. Cette dernière opération présenta les plus grandes difficultés, l'extrémité des muscles étant englobée dans un tissu de cicatrice. Le résultat fut excellent. F. DE LAPERSONNE.

Des contractions partielles associées (Astigmatisme associé), par G. MARTIN (*Ann. d'oculistique, XCVII*, 1, 2, *p.* 5).

G. Martin, poursuivant ses recherches ophtalmométriques, étudie la contraction partielle du muscle ciliaire d'un côté, produite par la contraction correctrice d'un astigmatisme dans l'œil opposé; elle existe en vertu de la loi des mouvements associés qui régit la plupart des organes similaires : l'astigmatisme associé en est la conséquence. Si l'astigmatisme cornéen est différent sur les deux cornées, il peut y avoir une surcorrection, bien que la contraction associée qui varie de 0,25 à 1,25 D soit toujours moins forte que la contraction qui lui a donné naissance, ou bien elle ne fait pas un angle droit avec le méridien le plus réfringent de la cornée. Une contraction horizontale donne lieu à une contraction associée de même direction; il n'en est pas toujours ainsi dans le sens vertical. La contraction associée peut survivre à la contraction qui lui a donné naissance, et prendre les allures de la contracture; en tous cas, il faut des doses prolongées d'atropine pour la vaincre. F. DE LAPERSONNE.

De la blépharoptose d'origine centrale au point de vue de la localisation, par SURMONT (*Thèse de Lille, n.* 28, 30 *décembre* 1886).

Chez un sujet, atteint de pneumonie aiguë, on constate une chute de la paupière supérieure droite, abaissement de la commissure des lèvres du même côté, rotation de la tête à droite. A l'autopsie, sur l'hémisphère gauche, on trouve une plaque à teinte hémorragique de 3 à 4 centimètres, étendue dans la direction de la scissure de Sylvius : pie-mère adhérente, ramollissement de la substance cérébrale qui offre la teinte hortensia et présente un piqueté hémorragique : la lésion occupe exactement la moitié supérieure du tiers postérieur de la première circonvolution temporale, la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur et de la division antérieure du lobule du pli courbe, elle empiète un peu sur la partie tout à fait inférieure et postérieure de la pariétale ascendante. La lésion est superficielle, la substance blanche intacte.

D'après les résultats de l'autopsie, l'auteur admet que son observation doit être rapprochée des faits peu nombreux de ptosis d'origine corticale par lésion du noyau décrit par Landouzy et Grasset : la nature de la lésion, ramollissement rouge, le siège exact, et surtout le peu de profondeur des altérations plaident en faveur de cette opinion. Reprenant avec soin toutes les observations publiées, il a remarqué que, dans les trois cas les plus concluants, la lésion était superficielle, tandis qu'elle était beaucoup plus étendue en profondeur dans les faits contraires. Est-ce là l'explication des opinions contradictoires ? F. DE LAPERSONNE.

Thränenschlaucheiterung bei der Pupillenbildung (Suppurations du sac lacrymal et iridectomie), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre-octobre* 1886).

L'auteur a pratiqué l'iridectomie dans deux cas de glaucome, chez des individus atteints de dacryocystite : chez le premier, il se produisit une infiltration purulente de la cornée, un hypopion, puis une panophtalmie totale avec perte de l'œil; l'incision cornéenne avait été faite en bas et en dedans, et il n'est pas dit qu'on prit des précautions antiseptiques. Dans un second cas, analogue au premier, on traita d'abord le catarrhe du sac lacrymal par le cathétérisme et des injections de sublimé, puis

on fit une iridectomie supérieure. Mais, dès le premier jour, il y avait un exsudat purulent répandu par place sur la cornée, dont les progrès furent arrêtés grâce à des lavages antiseptiques abondants et énergiques. L'auteur attribue l'heureuse terminaison de l'accident à la position supérieure de l'incision cornéenne, et à la guérison de la plaie déja effectuée au moment où se produisirent les accidents suppuratifs. ROHMER.

Beitrag zur pathologischen Anatomie der Caruncula lacrymalis (Contribution à l'anatomie pathologique de la caroncule lacrymale), par E. BOCK (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, *décembre* 1886).

Un étudiant de 23 ans est porteur depuis 3 ans d'une tumeur de la caroncule de l'œil gauche, tumeur du volume d'un pois, rouge pâle, faisant saillie au niveau du pli semi-lunaire, et recouvert en partie par la conjonctive; la tumeur est partout nettement délimitée et mobile; elle n'occasionne d'autre gêne qu'un peu de larmoiement. La tumeur enlevée d'un coup de ciseau, la guérison se fait par première intention.

L'examen histologique de la tumeur révèle que sa masse principale est composée de faisceaux de tissu conjonctif en noyaux, au milieu desquels on voit des îlots de tissu graisseux ; de nombreuses fibres élastiques, allant du point d'implantation à la base, parcourent la tumeur en tout sens ; on y voit aussi de gros vaisseaux et des fibres nerveuses à myéline. Vers la périphérie de la masse, on voit des faisceaux de muscles lisses. Toute la masse de la tumeur est recouverte d'une couche épithéliale, et présente l'aspect d'une papille énormément développée ; on voit par-ci par-là, des prolongements papillaires portant eux-mêmes des papilles secondaires. La masse des papilles et du tissu conjonctif environnant est infiltrée de petites cellules assez abondantes ; on y trouve aussi des traces de vieilles hémorragies, tandis qu'au milieu du tissu conjonctif on voit des épanchements de sang plus récents. Le revêtement épithélial se compose de trois régions renfermant successivement des cellules cylindriques à noyau, des cellules cubiques et des cellules prenant successivement les caractères de l'épithélium cutané. Il faut encore noter le grand nombre de glandes sébacées et quelques poils implantés sur la tumeur.

En somme, l'analogie de cette tumeur avec la peau et sa ressemblance avec la caroncule normale est frappante ; mais le développement anormal de la tumeur, les nombreuses cellules qu'on y trouve, le développement anormal de ses vaisseaux et les hémorragies en font une production pathologique. L'auteur, peu fixé sur la dénomination à donner à cette tumeur, hésite entre une hyperplasie de la caroncule, un fibrome ou fibro-lipome, ou encore une tumeur congénitale. ROHMER.

I. — The micro-organism of the so-called egyptian ophthalmia ; Trachomacoccus, par MICHEL (*Arch. of ophthalm. XV, n° 4, p.* 453).

II. — Zur Ætiologie des Trachoms, par F. GOLDSCHMIDT (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 321).

I. — Michel a été chargé d'étudier une épidémie de cette affection dans un asile d'orphelins. La plupart des enfants furent atteints très rapidement, mais l'intensité de l'affection fut très variable et sept seulement eurent des complications sérieuses. On peut, au point de vue clinique, admettre trois degrés de l'affection, depuis les simples follicules jusqu'au tableau de la conjonctivite granuleuse la plus intense. De la description clinique, il ressort ce fait que, pour Michel, la conjonctivite folliculaire,

le trachome et l'ophtalmie d'Égypte sont une seule et même maladie à des degrés divers. Dans 29 cas sur 55, il a noté le gonflement des ganglions auriculaires ou cervicaux.

L'examen bactériologique a démontré la présence d'un micro-organisme, le trachoma-coccus, dans l'épaisseur même du follicule conjonctival. C'est un diplococcus ayant la forme d'un double rond, ses dimensions très minimes ne dépassent pas 0,6 à 0,8 μ. de diamètre; la ligne de division est très fine, ce qui le distingue du gonococcus. Il est coloré par toutes les couleurs d'aniline et ne possède pas de mouvements individuels; cependant on peut reconnaître une légère rotation ou une oscillation en masse. Les cultures donnent une végétation brillante, blanchâtre ou légèrement grise, qui s'étend particulièrement à la surface; la gélatine n'est pas liquéfiée. Plus tard les cultures prennent une couleur légèrement jaunâtre et il y a une rétraction de la surface dans les tubes à gélatine. Dans le sérum, il se forme une espèce de ruban, à bandes blanches, avec légers flocons entourant la partie principale. Les cultures réussissent beaucoup moins bien dans la pomme de terre. L'inoculation de cultures pures sur la conjonctivite humaine produit le trachome type.

F. DE LAPERSONNE.

II. — Goldschmidt a examiné, au point de vue bactériologique, un cas de trachome datant de 3 ans, et déjà en partie cicatriciel; il est arrivé à des résultats très analogues à ceux obtenus par Michel. Les inoculations sur gélatine peptonisée ou sur agar ont donné des cultures pures, qui, dès le 3e jour, se coloraient en jaune orangé. A l'examen histologique, diplocoques très petits, reliés entre eux par un filament très grêle.

Aucune expérience d'inoculation sur les animaux n'a été pratiquée.

A. CHAUFFARD.

Contribution à l'étude de la tuberculose primitive de la cornée, par RACHET (*These de Paris*, *n°* 165, 1886).

Les cas de tuberculose primitive sont rares, l'auteur donne un nouveau fait qui se rapproche beaucoup de celui publié par Panas et qui s'est terminé par la guérison sans généralisation de la tuberculose ; les ulcérations furent grattées ; le produit examiné contenait les bacilles caractéristiques; les inoculations sur les animaux ont été confirmatives.

F. L.

De la régénération de l'humeur aqueuse après la paracentèse cornéenne, par LEPLAT (*Ann. d'oculistique, XCVII, 1 et 2, p.* 75).

En injectant, sous la peau d'un lapin, 2 grammes d'iodure de potassium, on retrouve ce sel dans les larmes et l'humeur aqueuse, après 10 minutes, tandis qu'il n'existe dans les couches antérieures du corps vitré qu'après une demi-heure ; on démontre ce fait en congelant les yeux immédiatement après l'énucléation, et si l'on a énucléé l'œil 10 minutes après la paracentèse et 20 minutes après l'injection d'iodure, l'humeur aqueuse, qui s'est reproduite, contient beaucoup moins d'iode que dans l'œil intact. Comme à ce moment le vitréum ne contient pas d'iode, il est logique d'admettre qu'il a fourni une partie de l'humeur aqueuse, l'autre venant des procès ciliaires. La très petite quantité d'iodure trouvée dans

ce cas, permet de conclure que la régénération de l'humeur aqueuse, après la paracentèse, se fait, *pour la plus grande partie*, aux dépens du corps vitré. Ces conclusions ne peuvent pas être étendues à ce qui se passe normalement dans l'œil intact. F. DE LAPERSONNE.

I. — Traitement du kératocone par les myotiques et la compression, par PETRESCO (*Thèse de Paris*, *n°* 114, 1887).

II. — Traitement du kératocone par la cautérisation ignée périphérique de la cornée, par GUIOT (*Thèse de Paris*, *n.* 120, 1887).

I. — Ce traitement, conseillé par Panas, consiste dans l'emploi, prolongé pendant plusieurs mois, de l'ésérine et de la pilocarpine, associées au bandage compressif. Comme l'usage d'une bande de flanelle ou de coton serait difficilement supportée, on se sert d'un bandeau élastique qui recouvre les deux yeux pendant la nuit et alternativement l'un des yeux pendant le jour. Dans quelque cas, il est nécessaire de cautériser le sommet du kératocone avec la pointe du thermocautère.

II. — A l'aide du galvano-cautère, muni de l'armature la plus fine, Abadie fait, concentriquement au bord de la cornée, à deux millimètres du limbe, une cautérisation d'étendue et de profondeur variables, mais en évitant d'ouvrir la chambre antérieure. On peut immédiatement apprécier la correction visuelle et, suivant les cas, augmenter la longueur et la profondeur du sillon de cautérisation. Il est préférable d'opérer sur le segment supérieur pour cacher la cicatrice opaque. Pas plus que les autres méthodes, celle-ci ne guérit le kératocone, mais elle modifie très avantageusement la déformation et rend possible une bonne correction immédiate, qui va en s'accentuant, par les progrès de la rétraction cicatricielle. F. DE LAPERSONNE.

Zür Behandlung des Irisvorfalls bei Hornhautgeschwüren (Du traitement des hernies de l'iris à travers les ulcères de la cornée), par Gama PINTO (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, *janvier* 1887).

Dans un cas de hernie de l'iris, l'auteur, saisissant le prolapsus avec un crochet aigu et l'attirant, le réséqua d'un coup de ciseau au ras de la cornée, puis, avec un stylet, il réduisit la partie de l'iris comprise entre les lèvres de la plaie cornéenne ; celle-ci cependant fut longtemps à se cicatriser. Aussi, pour éviter ce retard de la cicatrisation, G. Pinto, après avoir, comme précédemment, sectionné l'iris, après l'avoir attiré pour le libérer de ses adhérences avec la cornée, recouvrit la plaie cornéenne avec un petit lambeau de conjonctive disséqué et laissé adhérent par sa base. Cette autoplastie a toujours produit le meilleur effet, c'est-à-dire, amené la cicatrisation de la plaie cornéenne et empêché l'écoulement de l'humeur aqueuse. ROHMER.

Ueber das subconjonctivale Lipom und eine Combination desselben mit Icthyosis hystrix (Du lipome sous-conjonctival et de ses combinaisons avec l'ichthyose hystrix), par G. BOEGEL (*Arch. f. Ophthalmol.*, *XXXII*, *n°* 1).

La plupart des auteurs ont classé les lipomes de la conjonctive parmi les tumeurs d'origine congénitale et en ont fait des lipodermoïdes; témoin les autres anomalies congénitales qu'on a trouvées conjointement avec

ces tumeurs, tels que colobomes de l'iris ou des paupières, tumeurs dermoïdes des paupières, ou bien présence de poils ou d'éléments de la peau dans les prétendus lipomes.

L'observation de l'auteur a trait à un garçon de 8 ans, né de parents sains, et dont les trois sœurs ne portent aucune anomalie congénitale. Les altérations que l'on constate actuellement datent du moment de sa naissance et n'ont pas subi grand changement depuis ce moment. Presque toute la moitié du cuir chevelu, surtout à gauche du crâne, est dépourvue de cheveux, et couverte de nombreuses masses verruqueuses pigmentées, un peu surélevées au-dessus du niveau de la peau ; cette altération empiète jusqu'à la racine du nez et jusque vers le milieu de la paupière gauche. De la tête part un prolongement qui, à travers la région temporo-maxillaire gauche, envahit la joue, la conque et le conduit auditif du côté gauche, puis descend sur le cou du même côté.

La fente palpébrale gauche est largement ouverte, la paupière supérieure en ectropion, et la conjonctive légèrement ulcérée, rouge, et couverte de sécrétions irradiées. Sur cette conjonctive, on voit trois tumeurs superficielles qui se perdent vers la partie postérieure de leur base d'implantation. Les paupières sont recouvertes des mêmes excroissances que la tête et la joue gauche. Du globe oculaire on ne voit qu'une petite partie de la cornée qui est bien transparente ; à côté, une petite portion de conjonctive bulbaire saine rejoint immédiatement la base de l'une des tumeurs palpébrales. Le bulbe est tourné vers l'angle interne et fixé absolument dans cette position, ses dimensions sont normales.

A l'œil droit, rien d'anormal, sinon une tumeur sous-conjonctivale qu'on aperçoit lorsqu'on fait regarder en bas et en dehors ; au dehors est une excroissance polypiforme de la conjonctive.

L'œil gauche est absolument amaurotique.

A droite, une anomalie de la papille révélée à l'ophtalmoscope, et sans intérêt pour l'observation.

On extirpe les tumeurs palpébro-conjonctivales de l'œil gauche, ainsi que les excroissances polypiformes qui siègent au cou.

L'examen microscopique des tumeurs conjonctivales montre, qu'outre la graisse et le tissu cellulaire, on n'y trouve aucune trace de poils, ou d'autres éléments cutanés, mais, au contraire, une grande masse de glandes acineuses, analogues aux glandes de Krause, et un nombre très considérable de tubes nerveux et de fibres musculaires lisses.

La petite tumeur polypiforme du rebord palpébral présente absolument la structure de la peau, sans la moindre trace d'inflammation et sans pigment.

Les tumeurs verruqueuses pigmentées du cou montrent une prolifération notable de la couche épithéliale et des papilles. Les noyaux des cellules de la couche sous-jacente sont très chargés de pigment. Puis vient la peau avec tous ses éléments normaux, nerfs, vaisseaux, glandes sébacées et sudoripares, poils et muscles lisses. Les glandes sébacées sont remplies d'un détritus granuleux, et les parois des vaisseaux sont épaissies. Au-dessous de la peau est une couche graisseuse très développée. Ces altérations concordent avec la description clinique de l'icthyosis hystrix, et ressemble à la planche coloriée qu'Hebra a donné dans son atlas (Heft III, planche I).

L'auteur conclut que les lipomes sous-conjonctivaux qui, le plus généralement, siègent vers l'angle externe des paupières, doivent être regardées comme des tumeurs tératoïdes, et divisées en deux classes : les unes qui renferment comme de véritables tumeurs dermoïdes, tous les éléments de la peau, et les autres qui, outre l'épithélium et le tissu conjonctif cutané, ne renferment que des éléments graisseux hyperplasiés, et des éléments nerveux glandulaires (glandes acino-tubuleuses). ROHMER.

On a spongy formation between the sclerotic and choroid coat in new-born children (Tissu spongieux particulier trouvé entre la sclérotique et la choroïde dans des yeux d'enfants nouveau-nés), par Adolph HANNOVER (*The Lancet*, 14 *août* 1886).

Chez 4 enfants au-dessous de 2 ans, l'auteur a trouvé, à l'autopsie, la choroïde séparée de la sclérotique par un tissu spécial, formé de membranes fenêtrées, demi-transparentes, offrant à la coupe l'aspect d'un réseau aréolaire à mailles fines, amorphes, parsemées de noyaux ovales, angulaires ou allongés. Cette formation, que l'auteur est disposé à attribuer à un défaut de développement, tapisse entièrement la choroïde, à laquelle elle adhère moins qu'à la sclérotique; elle atteint son maximum d'épaisseur au niveau de l'équateur de l'œil, et va s'amincissant en avant et en arrière; elle est parcourue par les vaisseaux et les nerfs ciliaires. H. BARTH.

Considération sur la pathogénie des kystes dits séreux de l'orbite, par PANAS (*Bull. Acad. de méd. XVI, n.* 50).

Fille, 12 ans, tumeur à la partie interne et inférieure de l'orbite, formée par deux kystes juxtaposés et déterminant des accidents sérieux du côté de l'œil. L'ablation étant faite, on reconnaît que la poche antérieure, sous-palpébrale, étant remplie d'un liquide visqueux brunâtre, l'autre kyste contenait un liquide visqueux mais transparent : entre les deux, se trouvait une masse fibreuse se prolongeant profondément et adhérant à la sclérotique et à la gaine du petit oblique. La paroi des deux kystes était formée par un tégument membraneux, contenant des glandes mucipares acineuses avec conduit excréteur recouvert d'un épithélium cylindrique, analogue dans sa constitution à la muqueuse pituitaire ; le liquide, teinté par du sang dans la poche antérieure, était purement muqueux et se coagulait en masse par les réactifs.

L'auteur pense que cette observation, ajoutée à d'autres, peut jeter un jour nouveau sur la pathogénie si obscure des kystes séreux de l'orbite. Selon lui, on pourrait établir deux classes bien définies de kystes congénitaux de cette région.

Une première classe comprendrait les kystes dermoïdes, c'est-à-dire ceux provenant d'un enclavement du tégument externe.

La seconde classe comprendrait les kystes mucoïdes, reconnaissant pour cause première l'emprisonnement de la muqueuse des voies aériennes dans l'orbite. En effet, le kyste, enlevé par Panas, présentait, à peu de chose près, la structure de la muqueuse des fosses nasales et des sinus. Ce qui est surtout caractéristique, c'est la présence de nombreuses glandes acineuses rappelant celles de la pituitaire. GASTON DECAISNE.

Ueber seröse Iriscysten (Des kystes séreux de l'iris), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre-octobre* 1886).

Se basant sur l'opinion des auteurs (Arlt, de Wecker, Masse, Desmarres) et sur deux faits qu'il a eu occasion d'observer, l'auteur conseille d'enlever ces kystes en totalité, en excisant la partie de l'iris à laquelle ils adhèrent : en opérant à temps, on évite l'accroissement des kystes qui arrivent quelquefois à remplir toute la chambre antérieure.

ROHMER.

Ueber Tumoren des Auges und seiner Adnexa aus epithelialen Zellen, die sich aus Lymphoïden, aus Blutgefässen ausgetretenen Zellen entwickelt haben (Tumeurs de l'œil et de ses annexes, formées par des cellules épithéliales et développées aux dépens d'éléments sortis par diapédèse des vaisseaux lymphatiques et sanguins), par SCHOEBL (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre-octobre* 1886).

1° Sarcome composé de cellules épithéliales d'origine lymphoïde.

La tumeur fut extirpée sur une femme de 40 ans, et avait envahi la paupière inférieure et tout l'orbite : elle récidiva après l'opération, et la femme succomba. L'examen histologique montra que les cellules qui composaient la tumeur avaient 35 μ et davantage, avec des noyaux et des nucléoles nettement délimités, cellules épithéliales polymorphes, et qui ne se distinguaient en rien des cellules épithéliales véritables. De plus, tous les vaisseaux de la tumeur et de ses environs sont entourés de cellules lymphoïdes sorties par diapédèse, répandues également dans toute la masse de la tumeur, de telle sorte que les grosses cellules épithéliales semblent être farcies d'éléments lymphoïdes. Il faut ajouter que l'on retrouve partout toutes les formes intermédiaires entre ces petites cellules et les grosses cellules épithéliales. L'auteur conclut que les cellules lymphoïdes, sorties des vaisseaux par diapédèse, ont donné lieu, par leur accroissement, aux grosses cellules épithéliales ; ils ont pu expliquer ainsi le développement extraordinairement rapide de la tumeur.

2° Carcinome subépithélial de la cornée d'origine analogue.

Un individu de 31 ans voit, à la suite d'un coup sur la tempe, survenir une petite excroissance, du volume d'une tête d'épingle, au côté externe de la cornée ; en 5 semaines, la tumeur a atteint le volume d'un pois ; elle est arrondie, lisse, luisante, de couleur brun jaunâtre, de consistance élastique ; tout le secteur sclérotical situé en face de la tumeur est infecté. On diagnostique un sarcome mélanique de la cornée.

Après énucléation du bulbe, l'examen histologique montre que la tumeur est formée par un stroma conjonctif qui sert de soutien aux vaisseaux, et dans lequel on trouve, par places, des cellules épithéliales pigmentées ; cette tumeur, de même que la précédente, est parsemée de cellules lymphoïdes, qui affectent des formes transitoires. La membrane de Bowmann étant encore intacte, il faut naturellement en conclure que ce n'est pas aux dépens de l'épithélium cornéen que la tumeur a pris naissance.

3° Cancroïde de la paupière, aussi d'origine lymphoïde.

Un individu de 26 ans porte à la paupière inférieure une tumeur grosse comme un pois, à bords irrégulièrement déchiquetés, à fond inégal, lardacé. Rien sur le reste du corps. Après un an d'un traitement antisyphilitique et un accroissement notable de la tumeur, on se décide à enlever celle-ci. Cinq ans après l'opération, il n'y a pas eu de récidive.

Le microscope montre un stroma conjonctif entremêlé de cellules épithéliales ; il s'agissait donc d'un cancroïde. Mais à la base de la tumeur, dans le tissu cellulaire sous-cutané, on trouve des vaisseaux en grand nombre, entourés de cellules lymphoïdes extravasées ; de telle sorte qu'il se trouve là une véritable couche de cellules lymphatiques qui s'avancent par places dans l'épaisseur de la masse cancroïdale, se transforment en cellules cancéreuses ; de sorte que, à partir de la couche vasculaire, on peut suivre successivement la transformation des cellules, d'abord lymphatiques, puis épithéliales, dans l'intérieur de la masse cancroïdale. ROHMER.

Angeborene Ektopie der Pupille und der Linse (Ectopie congénitale de la pupille et du cristallin), par SATTLER (*Congrès des médecins de Prague, Wiener med. Wochenschrift, p.* 267, *n°* 9, 1887).

Sattler fait remarquer que ces deux anomalies sont souvent combinées ensemble ; que le cristallin est refoulé du côté opposé de la pupille. Lorsque le cristallin n'est pas trop déplacé, on en voit le bord dans le champ pupillaire.

Dans le cas actuel, la pupille droite était placée en bas et en dehors, le cristallin en dedans et en haut.

Dans de tels cas, on peut observer de la diplopie monoculaire. L'œil gauche avait aussi la pupille déplacée en bas et en dehors ; on remarquait dans la chambre antérieure une masse arrondie, la cornée était trouble, l'œil injecté. Les parents avaient déjà remarqué, peu après la naissance de l'enfant, une masse grise située dans la pupille ; c'était le cristallin. A la suite d'une instillation de quelques gouttes d'atropine, celui-ci se luxa en avant. On en fit l'extraction. BARBE.

Zur Kenntniss des Erythropsie (Contribution à l'érythropsie), par R. HILBERT (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., décembre* 1886).

Un individu opéré de cataracte sur l'œil gauche avec iridectomie, depuis un an, est atteint tout à coup d'érythropsie des deux yeux, pendant un violent accès de colère ; au bout d'une heure, la vision normale reparaît. Deux jours plus tard, nouvelle colère, nouvelle vision en rouge ; l'individu lui-même interprète ce phénomène en disant que la vision en rouge est analogue à la couleur rouge que provoque sa colère sur la peau de sa face.

L'auteur conclut de ces cas que l'érythropsie est bien d'origine centrale, et sans que la lésion de l'œil opéré (iridectomie) puisse être invoquée comme cause prédisposante. Les affections oculaires sont trop fréquentes et l'érythropsie trop rare, pour que les premières puissent être reconnues comme agissant dans l'étiologie de cette dernière ; ce seraient plutôt les préoccupations morales que les maladies oculaires provoquent qu'il faudrait mettre en cause. Si tous les aphasiques n'ont pas d'érythropsie, c'est que tous ne se lamentent pas sur leur sort ; et si, chez ceux qui en sont atteints, l'érythropsie n'est pas continue, c'est que les causes occasionnelles du phénomène ne durent pas continuellement. L'auteur donne l'indication bibliographique des cas d'érythropsie autres que ceux publiés par Purtscher. ROHMER.

Ein aseptischer Contentivverband (Un pansement contentif aseptique), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre-octobre* 1886).

Hirschberg, après l'extraction de la cataracte, irrigue la plaie avec du sublimé au 1/5000, puis applique sur l'œil un assez gros tampon de coton de Bruns trempé dans la même solution, puis recouvre le tout d'un monocle fait avec de la gaze au sublimé. Celle-ci, à son tour, est recouverte avec une bande de gaze apprêtée, assez large et trempée aussi dans le sublimé immédiatement avant son application. Cette bande, en se desséchant, forme une couche très solide, qui empêche les malades de porter les mains à leurs yeux, et reste en place pendant 2-3 jours. Pour l'enlever, on la coupe avec des ciseaux. Comme la gaze n'occupe pas un volume bien considérable, il est facile, s'il est nécessaire, d'appliquer une seconde bande par-dessus la première. ROHMER.

REVUE GÉNÉRALE.

LA BACTÉRIOLOGIE MÉDICALE, SES MÉTHODES ET SES PROGRÈS

PAR H. BARTH.

Consulter, dans la *Revue des sciences médicales*, la revue de Du Cazal et Zuber : *Du rôle pathogénique des microbes*, qui renferme l'indication détaillée de tous les travaux antérieurs à 1881.

Consulter en outre :

Technique bactériologique.

DIE AETIOLOGIE DER TUBERCULOSE, par **R. Koch** (*Berl. klin. Wochenschr.*, 1882). — MITTHEILUNGEN AUS DEMKAIS. GESUNDHEITSSAMTE, par **Le Même** (*t. I et II passim*). — TRAVAUX SUR LA RAGE, par **Pasteur** (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences, t.* 95 *et suiv. passim*). — ZUR AETIOLOGIE DER INFECTIONS-KRANKHEITEN, par **Bollinger** (*Munich*, 1881). — TECHNIK DER BAKTERIEN-UNTERSUCHUNGEN, par **Ehrlich** (*Zeitschr. f. kl. Med. t. I et suiv.*) — ZUR TECHNIK DER MICROSKOPISCHEN BAKTERIEN-UNTERSUCHUNGEN, par **Weigert** (*Archiv f. pathol. Anat., Band* 84). — FERMENTS ET MALADIES, par **Duclaux** (*In*-8, *Paris*, 1882). — FERMENTE UND MICROPARASITEN, par **Flügge** (*Leipzig*, 1883). — DIE PATHOGENEN SCHIZOMYCETEN, par **Baumgarten** (*Berlin*, 1884). — UEBER DAS VERHALTEN DER SPALTPILZ-SPOREN GEGEN ANILINFARBSTOFFE, par **Büchner** (*Aerztl. Intelligenz-Bl.* 1884). — MICROSKOPISCHE TECHNIK, par **Friedländer** (2e *édit., Berlin*, 1884). — FAERBUNG DER SCHIZOMYCETEN, par **Gram** (*Fortschr. der Medicin*, 1884). — MICROPARASITI NELLE MALATTIE DA INFEZIONE, par **Bordoni-Uffreduzzi** (*Torino*, 1885). — MANUEL DE MICROSCOPIE CLINIQUE, par **Firket et Bizzozero** (2e *édit. française*, 1885). — BAKTERIEN-FORSCHUNGEN, par **Hueppe** (3e *édit.*, 1885). — DIE SPALTPILZE, par **Zopf** (3e *édit.*, *Breslau*, 1885).—LEÇONS SUR LES BACTÉRIES, par **A. de Bary** (TRADUCT. FRANÇAISE PAR **Wasserzug** (*In*-8, *Paris*, 1886). — DIE BAKTERIOLOGIE ; IHRE METHODEN UND LEISTUNGEN, par **Becker** (*Schmidt's Jahrbücher, janvier* 1886 *et suiv.*) — LES BACTÉRIES ET LEUR RÔLE DANS L'ANATOMIE ET L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUES DES MALADIES INFECTIEUSES, par **Cornil et Babes** (2e *édit. grand in*-8°, *Paris*, 1886). — MANUEL PRATIQUE DE BACTÉRIOLOGIE BASÉ SUR LA MÉTHODE DE

Koch. par **Crookshank** (Trad. française par **Bergeaud**, *In*-8, *Paris*, 1886, *et* 2e *édition Londres* 1887). — Le microbe et la maladie, par **Duclaux** (*In*-8, *Paris*, 1886). — Die Formen der Bakterien, par **Hueppe** (1886). — Micro-organisms and disease, par **Klein** (*In*-12, *Londres*, 1886).

Il y a environ six ans que M. du Cazal et le regretté Zuber ont consacré, dans la *Revue des sciences médicales,* un travail d'ensemble à la question du *rôle pathogénique des microbes.* A cette époque, la science nouvelle venait seulement de naître ; elle avait cependant déjà fourni des résultats non moins positifs que brillants, surtout dans le domaine de la médecine des animaux ; mais ses progrès, dus tout entiers aux efforts d'un seul homme, semblaient presque impossibles à contrôler. La bactériologie, créée pour ainsi dire de toutes pièces par M. Pasteur, n'était pratiquée avec succès que par un très petit nombre d'initiés. Acceptées avec enthousiasme par les uns, niées avec une sorte de fureur par les autres, les doctrines microbiennes échappaient encore à la compétence de la grande majorité des médecins, et les discussions dont elles étaient l'objet s'appuyaient plutôt sur des raisons de sentiment que sur des faits dûment observés.

Depuis lors les choses ont marché : grâce à une technique en même temps plus simple et plus perfectionnée, les recherches bactériologiques sont devenues accessibles à tout observateur doué d'un peu de zèle et d'adresse. Les faits annoncés par M. Pasteur et ses premiers émules ont pu être contrôlés, vérifiés aussi souvent qu'on l'a voulu ; l'expérience en a rejeté quelques-uns, mais la plupart ont été reconnus vrais, et la théorie des microbes pathogènes s'est bientôt trouvée assise sur des bases inébranlables. Aujourd'hui le fond de la doctrine n'est plus sérieusement contesté par personne, et l'origine bactérienne de certaines maladies est trop bien démontrée pour qu'on songe à la remettre en question.

Mais la science est menacée d'une exagération inverse : ces microbes que naguère on n'apercevait nulle part, on veut maintenant les voir partout. Séduits par l'apparente facilité de ce genre de recherches, de nombreux observateurs se sont jetés à l'envi dans la voie nouvelle ; avec plus de zèle que de discernement ils ont porté leurs investigations sur une foule de points à la fois, et presque partout ils ont cru réussir. Il est peu de maladies aiguës ou chroniques dans lesquelles on n'ait pas signalé quelque germe pathogène, et il en est plusieurs qu'on a successivement ou simultanément attribuées à trois ou quatre espèces de bactéries. Ces travaux sont de valeur très inégale ; à côté des chercheurs sérieux qui ont su s'entourer de toutes les garanties, répéter à satiété leurs expériences et ne formuler leurs conclusions qu'après avoir multiplié les preuves, il y a des observateurs peu attentifs qu'une faute de technique a fait dévier loin du but et qui, une fois engagés sur une fausse piste, l'ont suivie de bonne foi jusqu'au bout, cultivant et inoculant sans se lasser un microbe quelconque, introduit par le hasard dans leurs préparations premières; il y a aussi de faux savants qui savent donner une apparence de précision à leurs élucubrations les plus fantaisistes, et qui, à grand renfort de termes scientifiques, font prendre au lecteur leurs illusions pour des réalités. On ne saurait se défier assez de ces

trompe-l'œil, qui parfois détournent l'attention des travaux vraiment sérieux, et qui retardent la marche de la science par les contradictions et les équivoques dont ils sont cause.

Notre but, dans l'étude qui va suivre, est d'opérer autant que possible ce triage nécessaire, et de mettre en relief, parmi les innombrables travaux bactériologiques parus depuis six ans, ceux-là seulement qui représentent des acquisitions nouvelles et des progrès véritables.

Nous prendrons les choses au point où les ont laissées MM. du Cazal et Zuber, et nous passerons successivement en revue :

1° La technique bactériologique telle qu'elle est aujourd'hui pratiquée ;

2° Les maladies microbiennes les mieux étudiées depuis six ans ;

3° Les données actuelles de la science sur le rôle des microbes en pathologie.

CHAPITRE Ier.

TECHNIQUE BACTÉRIOLOGIQUE.

L'imperfection des méthodes de recherche a été longtemps un obstacle presque insurmontable au développement de la science des micro-organismes, et il a fallu le génie de Pasteur pour effectuer tant et de si merveilleuses découvertes avec les moyens d'investigation vraiment rudimentaires dont il disposait. Les progrès qui ont transformé la technique sont dus principalement aux efforts ingénieux et persévérants de Robert Koch, secondé et suivi par de nombreux chercheurs dont nous aurons à citer les noms chemin faisant. Pour en donner une idée précise, il convient d'envisager successivement :

1° Les méthodes de préparation et d'examen ;

2° Les méthodes de culture.

Nous compléterons cet aperçu par quelques détails relatifs à l'expérimentation sur les animaux.

§ Ier. *Méthodes de préparation et d'examen.*

A. *Préparation des bactéries à l'état frais.* — Pour constater la présence de micro-organismes dans une culture, il suffit de délayer, sur une lame de verre, une petite portion de cette culture avec une goutte d'eau distillée, de recouvrir avec une lamelle et d'examiner à un grossissement suffisant ; mais une préparation de ce genre n'a aucune durée.

Si l'on veut étudier le microbe à l'état de vie et de mouvement, le suivre dans sa croissance, dans sa sporification, dans ses transformations diverses, il faut avoir recours au procédé dit de la *chambre humide.* Une lame de verre porte-objet, creusée au centre d'une cellule cupuliforme, est soigneusement lavée, essuyée, passée dans la flamme d'un bec de Bunsen, le rebord de la cellule est enduit de vaseline sur son pourtour, puis la lame est placée, la face creuse tournée en bas, entre l'annulaire et le petit doigt de la main gauche. Cela fait, on prend une lamelle que l'on flambe de la même manière et au centre de laquelle on dépose rapidement une goutte d'eau distillée bouillie ou

mieux de liquide nutritif ; avec une aiguille de platine passée à la flamme et refroidie on prend une parcelle du produit à examiner et on la délaye dans la gouttelette sans étaler celle-ci. Puis on dépose la lamelle sur un papier, on applique dessus la lame creuse enduite de vaseline en ayant soin que les centres se correspondent et on retourne d'un mouvement vif, sans saccade. On a ainsi une goutte de liquide tenant les microbes en suspension et adhérant à la face inférieure de la lamelle. Cette gouttelette, libre et isolée dans un espace clos, à l'abri de l'évaporation, se conserve fort longtemps sans altération autre que celles résultant de l'évolution des bactéries inoculées. Celles-ci, en effet, si elles sont maintenues à une température convenable, se multiplient dans le liquide jusqu'à ce qu'elles aient épuisé les principes nutritifs qui y sont contenus, après quoi elles meurent, ou se résolvent en spores faciles à distinguer par leur plus grande réfringence. Sur une chambre humide ensemencée avec des bactéridies charbonneuses, rien n'est plus aisé que de suivre toutes ces phases.

Mais cette méthode, très utile pour l'étude des micro-organismes bien déterminés, et préalablement isolés, ne suffit plus quand il s'agit de recherches des bactéries inconnues, ou disséminées en petit nombre dans un liquide ou dans un tissu organique. Pour arriver à les distinguer au milieu des éléments disparates qui les accompagnent, il est indispensable de les colorer.

B. *Méthodes de coloration.* — Ces méthodes sont fondées, comme on le sait, sur deux principes : d'abord la fixation élective des couleurs d'aniline par les cellules végétales qui constituent les micro-organismes (Weigert), puis la propriété, que possèdent certaines espèces de bactéries, de résister à l'action décolorante de divers agents chimiques qui n'épargnent pas les autres (Koch).

Sur cette double base, on a établi divers procédés de préparation, dont chacun s'applique plus spécialement à tel produit pathologique ou même à telle espèce de microbes. Le nombre de ces procédés s'accroît chaque jour, et dans ces dernières années, on a décrit peu de nouvelles espèces de bactéries pathogènes dont la découverte ne fût liée à une nouvelle recette de coloration. Nous ne pouvons songer à les indiquer toutes ; il suffira de rappeler ici celles qui sont d'un usage général. Plus tard, à propos de chaque maladie bactérienne en particulier, nous signalerons les méthodes spéciales qui permettent d'en reconnaître les germes.

Les matières colorantes le plus généralement employées sont le violet de méthyle 6 B, la fuchsine *rubis*, le violet de gentiane, le bleu de méthylène. Ces diverses substances doivent être d'une pureté parfaite et de première qualité. Pour s'en servir, on prépare d'abord une solution alcoolique saturée, en versant de l'alcool absolu sur la matière colorante, dont il doit rester un excès au fond du flacon. Cette solution mère sert à préparer d'autres solutions, plus étendues, soit dans l'eau distillée, soit dans l'eau d'aniline, selon la méthode de Weigert. La solution aqueuse se compose en général avec 15 parties de solution alcoolique saturée pour 85 parties d'eau distillée. On peut la conserver un certain temps, surtout si on a eu la précaution d'y ajouter une petite quantité de camphre. Quant à la solution dans l'eau d'aniline, elle demande à être préparée chaque fois au moment de s'en servir. Pour cela on fait chauffer

dans un tube de l'eau distillée à laquelle on ajoute 1 pour 10 d'huile d'aniline ; on agite le mélange et on filtre. On laisse refroidir et on ajoute 11 0/0 de solution alcoolique saturée de la matière colorante (Weigert).

Les méthodes de coloration proprement dites se divisent en méthodes de coloration *simple*, de coloration *isolée* et de coloration *double*.

Coloration simple. — La manière d'opérer varie selon qu'il s'agit de préparer un produit pathologique amorphe ou une coupe de tissu.

Dans le premier cas, on prend une lamelle bien nettoyée, on y dépose avec l'aiguille de platine une fine gouttelette du liquide à examiner et on l'étale en couche mince, en ayant soin de ne pas aller jusqu'au bord de la lamelle. S'il s'agit d'une substance trop solide ou trop visqueuse, on la délaye dans une parcelle d'eau bouillie. Si c'est du sang, que le contact de l'eau altérerait, on se borne à écraser la gouttelette avec une seconde lamelle qu'on sépare ensuite en la faisant glisser doucement sur la première. On obtient ainsi une couche mince, bien homogène et bien transparente. On saisit alors la lamelle par un de ses angles avec une petite pince, et on la passe trois fois, la face préparée en haut, dans la flamme d'un bec de Bunsen (Koch et Löffler). Cette manœuvre a pour but de coaguler les substances albuminoïdes et d'empêcher la préparation d'être délayée par les matières colorantes. Elle doit être exécutée avec une certaine lenteur, comme si on coupait du pain (Becker). — La préparation ainsi séchée, on laisse tomber dessus quelques gouttes de solution colorante, ou bien s'il s'agit d'un microbe réfractaire à la coloration, comme le bacille tuberculeux, on fait nager la lamelle, le côté préparé en bas, dans un verre de montre rempli de cette même solution. Cette phase de la préparation est plus ou moins longue suivant les cas : on peut l'abréger en chauffant le verre de montre à la flamme du gaz, dans une toile métallique, jusqu'à production de vapeurs, mais c'est là une manœuvre délicate, car, si on dépasse le degré convenable, on risque de provoquer la rupture du verre de montre et la projection du liquide.

Quand l'imprégnation paraît complète, on chasse l'excès de matière colorante à l'aide d'un filet d'eau distillée, puis on dépose la lamelle, le côté préparé en haut, sur un papier filtre, et on la sèche complètement en projetant de l'air à la surface au moyen d'une petite poire en caoutchouc. Cela fait, on laisse tomber sur le centre de la préparation une goutte de baume de Canada en solution dans le xylol, on applique par-dessus une lame de verre porte-objet bien nettoyée, et on retourne. On a ainsi une préparation permanente.

Pour colorer les bactéries dans les tissus, on prépare des coupes aussi fines que possible, soit avec les pièces fraîches à l'aide du microtome à congélation, soit avec des pièces durcies par l'alcool absolu et montées sur bouchon dans la gélatine glycérinée de Weigert ou dans la celloïdine. En ce dernier cas il faut se débarrasser de la celloïdine à l'aide d'un mélange d'alcool et d'éther.

Les coupes déposées dans l'alcool sont placées dans un godet renfermant la matière colorante, et laissées en contact avec celle-ci pendant un temps variable. Après imprégnation suffisante, on déshydrate les coupes dans l'alcool absolu, on les éclaircit dans l'essence de girofle, ou mieux encore dans l'huile de cèdre qui n'a pas une action décolorante

aussi énergique et on les dresse sur une lamelle. A l'aide d'un papier joseph plusieurs fois appliqué, on débarrasse la coupe du corps gras. Enfin on y laisse tomber une goutte de baume au xylol et on recouvre d'une lame porte-objet, puis on retourne, comme il a été dit plus haut.

Coloration isolée. — Elle consiste à traiter les lamelles ou les coupes, après l'emploi des couleurs d'aniline, par un agent chimique qui détruise la coloration des divers éléments de la préparation en respectant seulement celle des bacilles.

Le procédé de Koch est un des plus anciennement connus en ce genre : On plonge la pièce après coloration dans un mélange à parties égales d'eau distillée et de solution saturée de carbonate de potasse; on l'y laisse pendant 5 minutes, puis on traite à la façon ordinaire par l'alcool, l'essence de girofle, etc. — La solution alcaline a décoloré les noyaux, les cellules et en général tous les éléments de nature animale; seules les bactéries restent colorées.

Le procédé de Gram est d'un usage plus général et fournit de très belles préparations. On mélange 100 parties d'eau d'aniline, fabriquée comme il a été dit plus haut, avec 11 parties de solution alcoolique concentrée de violet de gentiane, et on y fait séjourner les bacilles ou les coupes pendant un temps plus ou moins long (12 à 24 heures s'il s'agit des bacilles de la tuberculose). On les plonge ensuite pendant 1 à 3 minutes dans une solution d'iodure de potassium iodée (iode 1 gramme, iodure de potassium 2 grammes, eau 300 grammes), puis on les traite plusieurs fois par l'alcool absolu jusqu'à décoloration complète. Sur les coupes ainsi préparées, les bactéries ressortent en violet foncé sur un fond légèrement jaunâtre.

Un autre procédé bien connu est celui d'Ehrlich, spécialement employé pour déceler les bacilles de la tuberculose : après coloration prolongée par le violet de méthyle ou la fuchsine dans l'eau d'aniline, on plonge la préparation dans une solution aqueuse d'acide nitrique au tiers, qui décolore rapidement les tissus et même les bactéries ordinaires. Seuls les bacilles de la tuberculose et ceux de la lèpre restent colorés.

Coloration double. — En donnant au fond de la préparation une couleur différente de celle des microbes, on rend ces derniers beaucoup plus apparents, et on arrive à distinguer bien mieux leur structure et leur position exacte. Plusieurs procédés sont en usage. Les coupes traitées par le carbonate de potasse, selon la méthode de Koch, peuvent être ensuite colorées par le carmin ou l'hématoxyline selon que les microbes ont été préalablement teints en bleu ou en rouge. On obtient ainsi une double coloration très élégante.

On peut aussi employer l'éosine selon le procédé suivant : la pièce plongée pendant un quart d'heure dans le mélange d'eau d'aniline et de violet de gentiane est ensuite lavée à l'eau, puis déshydratée par l'alcool et plongée dans une solution d'éosine pendant quelques minutes. On termine de la manière ordinaire. Les bactéries apparaissent colorées en violet sur fond rose.

Un autre procédé de double coloration est le suivant : après traitement par le liquide de Gram (solution d'iodure de potassium iodée) et décoloration par l'alcool, on place les coupes durant quelques minutes

dans une solution aqueuse étendue de vésuvine et on termine comme il a été dit précédemment.

Les noyaux et les autres éléments des tissus prennent la coloration brune, pendant que les micro-organismes ont conservé la teinte violette.

Indépendamment de ces méthodes générales, il en est beaucoup d'autres qui ne s'appliquent qu'à certains cas particuliers (bacilles de la tuberculose, de la syphilis, etc.) ; elles seront décrites ailleurs.

Coloration des spores. — Elle s'obtient plus difficilement que celles des bactéries en raison de l'épaisseur de la membrane d'enveloppe. On y parvient cependant par certains artifices et notamment par l'emploi d'une température très élevée (Buchner).

Si, à l'exemple de Hueppe, on passe les lamelles dix fois dans la flamme du bec de Bunsen (au lieu de trois fois), les bactéries ne se colorent plus, et on peut obtenir, avec le bleu de méthylène en solution alcaline, une coloration isolée des spores. La méthode suivante permet de réaliser une double coloration. On fait une préparation sur couvre-objet, on la fixe par la chaleur à la façon ordinaire, puis on la laisse plonger pendant un quart d'heure dans une solution d'aniline fuchsinée chaude. On la passe ensuite pendant quelques secondes dans l'acide nitrique au tiers, on lave dans l'alcool à 60 0/0. De là on colore en double avec la solution étendue de bleu de méthylène. On lave encore dans l'alcool à 60 0/0, puis on déshydrate par l'alcool absolu. On clarifie avec l'huile de cèdre et on monte au baume de Canada. Les spores apparaissent colorés en rouge, les corps bacillaires en bleu ; le fond de la préparation est incolore. Cette méthode qui convient pour les spores endogènes, n'est pas applicable aux arthrospores (Becker).

C. *Examen microscopique.* — Comme le faisaient déjà remarquer MM. du Cazal et Zuber au début de leur travail, les perfectionnements apportés à la construction des microscopes ont puissamment aidé au progrès de la science bactériologique. A vrai dire la plupart de ces perfectionnements ont été provoqués par l'impossibilité même où l'on s'est trouvé de distinguer les détails de structure des microbes avec les instruments alors en usage.

En effet, si un microscope ordinaire, à objectifs secs, peut suffire à la rigueur pour faire voir les grosses bactéries, surtout quand elles sont colorées ou réunies en groupes, il n'en est plus de même quand on a affaire à des organismes très ténus, disséminés en petit nombre, et qu'on cherche à en reconnaître la forme et la situation précises. On est obligé alors d'avoir recours aux objectifs dits à immersion qui permettent, grâce à l'interposition d'un milieu plus réfringent que l'air, d'employer des lentilles à très court foyer. Les objectifs à immersion d'eau ont été fort à propos remplacés par des objectifs à immersion d'huile : certaines huiles végétales sont surtout employées, notamment l'huile de fenouil et surtout l'essence de cèdre ; ces substances possédant le même indice de réfraction que l'objectif et la lamelle couvre-objet, l'un et l'autre construits en *crown-glass*, forment avec eux ce qu'on nomme un système homogène. La vis de correction pour couvre-objets de différente épaisseur est ainsi rendue inutile.

Un bon objectif à immersion homogène est indispensable pour toute recherche bactériologique. Les plus renommés sont ceux de Zeiss (d'Iéna)

désignés d'après leur distance focale sous le nom d'objectifs 1/12 et 1/18 (de pouce) ; les 1/12 et 1/25 de Powell et Lealand (de Londres), les numéros 10 et 12 de Vérick (de Paris), les 1/12 de Seibert (de Wetzlar) et 1/20 de Reichert (de Vienne) sont aussi très bons ; ces divers instruments ont toutefois l'inconvénient de coûter fort cher. Pour les travaux courants, on peut se contenter de l'objectif 1/12 de Leitz, (de Wetzlar) qui est d'un prix beaucoup plus abordable et d'une puissance très suffisante.

En dépit de l'excellence de l'objectif et de sa grande pénétration, les bactéries même colorées demeureraient invisibles *dans les coupes* si on n'avait soin d'augmenter l'intensité de l'éclairage de façon à renforcer, selon l'expression de Koch ,« l'image colorée aux dépens de l'image structurale. » On y parvient au moyen du concentrateur Abbe, système de lentilles à court foyer, disposé immédiatement au-dessous de la platine du microscope. Ce petit appareil concentre les rayons fournis par un miroir plat, et projette à travers la préparation un cône lumineux de 120° d'ouverture. Dans ce bain de lumière, les effets de la diffraction sont annulés, les contours des cellules, les détails de structure des tissus disparaissent et l'observateur n'a sous les yeux qu'une image plane, nette et franche comme une carte de géographie, sur laquelle les moindres grains ou bâtonnets colorés se distinguent avec la plus grande précision.

Veut-on examiner des bactéries non colorées dans un liquide de culture ou rechercher dans une coupe la situation exacte des micro-organismes par rapport aux éléments du tissu, il suffit d'appliquer au-dessous du concentrateur Abbe un diaphragme plus ou moins étroit. Celui-ci, en diminuant le faisceau lumineux, fait reparaître l'image structurale sans assombrir à l'excès l'image colorée, et les détails de texture deviennent visibles. Un mécanisme très simple, le tiroir porte-diaphragme, permet de placer et de retirer très aisément les diaphragmes sans déranger ni le condensateur ni le miroir.

Le maniement du microscope armé de l'objectif à immersion exige des précautions particulières, car ces instruments sont délicats, et la minceur extrême de leur monture métallique les expose à être facilement faussés. Pour éviter des manipulations trop fréquentes on se servira utilement du revolver porte-objectif, et après s'être orienté sur la préparation à l'aide d'un grossissement faible, on mettra en position l'objectif à immersion, on déposera à l'aide d'une baguette de verre une goutte d'essence de cèdre sur la lamelle couvre-objet (plutôt que sur l'objectif) et en manœuvrant la crémaillère on descendra doucement le tube jusqu'au contact *non appuyé* (ce qui est facile avec un peu d'habitude). De cette façon on sera sûr d'avoir dépassé le point de vision distincte et on n'aura qu'à faire mouvoir lentement la vis micrométrique de droite à gauche pour atteindre bientôt le point, en évitant des tâtonnements pendant lesquels on risquerait de gâter l'objectif, ou d'écraser la préparation.

§ II. *Méthodes de culture.*

Quand on a découvert ou cru découvrir dans les tissus ou dans les

liquides organiques d'un être vivant certains germes que l'on suppose pathogènes, il est indispensable, pour arriver à une certitude, de *cultiver* ces microbes, c'est-à-dire de les amener à se développer dans un milieu artificiel, en dehors de tout mélange, de façon à pouvoir étudier leurs caractères, leurs propriétés physiques, chimiques et biologiques, de façon surtout à pouvoir juger, en les inoculant *isolément* aux animaux, de leurs propriétés plus ou moins nocives.

Tous les efforts du bactériologue doivent donc tendre à séparer les espèces de bactéries les unes des autres, à obtenir en un mot des cultures pures. Mais les micro-organismes fourmillent partout : dans l'air, dans l'eau, dans le sol, dans toutes les matières organiques, ils sont répandus par myriades, quelques-uns à l'état de vie et de développement, d'autres, plus nombreux, à l'état de spores, n'attendant pour éclore que des conditions physiques favorables. Aussi est-il très malaisé de séparer une espèce des autres, et presque aussi difficile de maintenir cette séparation une fois effectuée, d'empêcher que le microbe à étudier ne soit envahi et supplanté par un micro-organisme banal mais plus résistant. Les chances d'insuccès sont partout, et le danger est d'autant plus grand que l'ennemi est invisible, qu'il se glisse dans la place à la faveur de la plus petite brèche, et qu'une fois entré il se développe traîtreusement sans que rien vienne avertir l'observateur de la substitution qui s'opère. On comprend d'après cela que la moindre faute, la moindre distraction, peut non seulement détruire tout le fruit d'un long travail, mais encore être l'origine des plus grossières erreurs.

Pour se mettre, autant que possible, à l'abri des chances d'insuccès, il est nécessaire de procéder selon une méthode invariable et de calculer d'avance tout ce qu'on fait. M. Pasteur est le premier qui ait posé les règles de la technique des cultures, et cette technique, perfectionnée et vulgarisée par Koch dans son enseignement à l'Office sanitaire de Berlin, forme aujourd'hui un ensemble parfaitement logique et parfaitement coordonné. Elle comprend trois séries bien distinctes d'opérations. La première consiste à purifier soigneusement les instruments et ustensiles dont on doit se servir, de façon à éviter tout danger de contamination de ce côté. En second lieu, on devra préparer des milieux nutritifs variés, capables d'offrir un terrain favorable au développement des microbes qu'on y ensemencera et soigneusement dépouillés de tout autre germe vivant capable de gêner l'expérience. Enfin on prendra des précautions spéciales pour établir la culture et la faire prospérer.

Nous avons donc à passer en revue :

1° Les procédés de stérilisation ;

2° La préparation des matériaux nutritifs ;

3° L'établissement des cultures.

Dans cet exposé, nous suivrons d'aussi près que possible l'enseignement donné au laboratoire de la Faculté de Paris par M. le professeur Cornil et par notre ami le Dr Chantemesse.

A. *Procédés de stérilisation.* — Le meilleur moyen de détruire les germes est l'emploi de la chaleur : en bactériologie, chauffage et stérilisation sont presque synonymes. Mais le modus faciendi varie selon les objets à purifier.

Les aiguilles de platine, les pinces à disséquer, les couteaux à pommes

de terre et autres instruments en métal seront simplement passés dans la flamme d'un bec de Bunsen. Les aiguilles qui servent aux inoculations doivent être chauffées jusqu'au rouge avant d'être mises en contact avec la substance à inoculer ; quand on manipule des bactéries pathogènes, celle du charbon, par exemple, il est indispensable, pour éviter les risques d'accidents, de répéter le flambage aussitôt après.

Les objets en verre, plaques, tubes et ballons, sont placés dans une étuve sèche de Koch, petite caisse en métal, à doubles parois, chauffée à 150 degrés environ par le moyen d'un triple bec de gaz. S'agit-il de plaques ? On les enferme, après les avoir scrupuleusement lavées et essuyées, dans une caisse de tôle pourvue d'un couvercle, où elles resteront à l'abri des poussières jusqu'au moment d'être employées. Les tubes de verre sont d'abord lavés, égouttés soigneusement, puis bouchés avec des tampons d'ouate, modérément serrés. On les place ensuite horizontalement les uns sur les autres, ou en faisceaux dans de petits paniers en toile métallique. Les ballons, matras et pipettes sont traités de la même manière. La stérilisation doit durer une heure et demie environ. Après quoi on éteint le gaz et on laisse refroidir avant d'ouvrir l'étuve.

Les tubes et ballons ainsi préparés sont libres de germes et prêts à recevoir les matériaux de culture ; l'air qui y pénètre étant tamisé par l'ouate, ne peut entraîner aucun microbe. Cependant il est prudent, si on ne les emploie pas tout de suite, de les tenir couverts et à l'abri des poussières atmosphériques, ou de renouveler la stérilisation.

Le procédé de l'étuve sèche tue non seulement les bactéries mais leurs spores ; il est donc tout à fait sûr. Mais il n'est pas applicable aux substances nutritives liquides ou solides, qu'une aussi haute température altérerait profondément et rendrait impropres à l'usage. L'expérience a démontré qu'on pouvait arriver au résultat cherché, c'est-à-dire à la stérilisation absolue des milieux nutritifs, en employant tout simplement la vapeur d'eau à 100° et à la tension d'une atmosphère. L'appareil, partout usité aujourd'hui, est également dû à Koch ; il se compose d'un cylindre vertical de fer étamé, haut d'environ 75 centimètres, fermé en bas par un fond plat, en haut par un couvercle en forme de dôme, percé d'un ou deux trous. Le corps du cylindre est recouvert de feutre. Son quart inférieur est rempli d'eau et en communication avec un tube de verre extérieur indiquant le niveau. Une couronne de gaz, placée sous le fond, assure un chauffage rapide et la vapeur d'eau produite s'élève dans le cylindre et s'échappe par les orifices du couvercle. Un plancher à claire-voie, en toile métallique, établi un peu au-dessus du niveau de l'eau, reçoit les ballons et autres objets à stériliser ; des crochets adaptés autour du rebord supérieur permettent de suspendre au-dessus de cette première rangée un petit panier de fer blanc, à fond de toile métallique, pouvant renfermer soixante ou quatre-vingts tubes de gélatine ou d'agar. Le même appareil, indispensable dans tout laboratoire de bactériologie, sert à faire cuire les pommes de terre, à liquéfier la gélatine, ou à filtrer les liquides nutritifs à haute température.

La vapeur d'eau à 100 degrés, si elle tue sûrement les bactéries adultes, ne détruit pas les spores. Cependant on arrive sans peine à

purifier d'une manière absolue les divers milieux nutritifs, à condition d'employer le procédé très simple de la stérilisation discontinue. On place les tubes remplis de bouillon de culture, de gélatine ou d'agar dans l'appareil, quand il est en pleine action, et on les y laisse vingt minutes environ. Les bactéries qui pouvaient exister sont détruites ; quant aux spores, ils sont incités à se développer, et le lendemain ils ont déjà subi un commencement d'évolution qui leur a fait perdre leur invulnérabilité. Un second séjour dans la vapeur d'eau à 100 degrés les détruit maintenant sans peine. Pour plus de sécurité, on renouvelle une troisième fois l'opération le jour suivant. Si les tubes ont été bien préparés, ils sont, après cela complètement stériles, et on peut les conserver des semaines et des mois sans que leur contenu s'altère.

Filtration. — Un autre procédé de stérilisation des liquides de culture consiste à les filtrer à froid sur la porcelaine dégourdie ou sur la faïence non vernissée (Gautier). Le meilleur système consiste à donner au filtre la forme d'une bougie creuse, comme l'a fait Chamberland ; on le plonge dans le liquide à purifier et on fait le vide à sa face interne à l'aide d'une pompe à air. Le produit qui passe est absolument privé de germes et peut se conserver très longtemps sans altération.

Il est presque superflu d'ajouter que la stérilisation la plus nécessaire est celle de la personne de l'expérimentateur. Celui-ci, dans toutes ses manœuvres, doit avoir présente à l'esprit la possibilité de l'infection des objets et des instruments qu'il manie. A l'exemple des chirurgiens opérant selon la méthode antiseptique, il doit, avant chaque manipulation, se laver les mains avec soin dans un liquide désinfectant, tel que la solution de sublimé au millième. Il agira vite et avec adresse, en touchant ses engins le moins possible, et en évitant soigneusement d'agiter l'air, où circulent incessamment (surtout dans les laboratoires) les poussières les plus variées. Nous indiquerons, chemin faisant, les précautions à prendre dans les diverses manipulations de culture et d'inoculation.

B. *Préparation des matériaux de culture.* — Les milieux qui servent aux cultures artificielles des bactéries sont les uns liquides, les autres solides.

Milieux liquides. Jadis exclusivement usités, ils sont quelque peu tombés en désuétude. Cependant, plusieurs d'entre eux sont encore d'un emploi fréquent ; nous citerons seulement les principaux :

1° Le bouillon de bœuf, de poulet, etc. C'est avec le bouillon de poule que Pasteur a réalisé ses plus belles découvertes. On le prépare avec parties égales de viande maigre et d'eau, qu'on fait bouillir pendant un quart d'heure. Ce bouillon est toujours plus ou moins acide ; on le neutralise avec quelques gouttes d'une solution saturée de carbonate de soude, en ayant soin de ne pas dépasser un très faible degré d'alcalinité ; on filtre ensuite à chaud. Par addition de peptone, de glucose, de chlorure de sodium, on modifie les propriétés nutritives du bouillon et on le rend plus spécialement propre à la culture de telle ou telle espèce de bactéries.

2° Le liquide de Buchner est préparé en faisant dissoudre 10 parties d'extrait de viande de Liebig et 8 parties de peptone dans 1,000 parties d'eau distillée.

3° Le lait ordinaire simplement bouilli pendant 20 ou 30 minutes (il

a le grave inconvénient de n'être pas transparent et de ne pas permettre de suivre à l'œil nu les végétations bactéridiennes).

Plus récemment on a employé :

4° Le sérum sanguin, obtenu par la saignée chez l'animal vivant. Koch, qui s'en est servi le premier, coupait ou brûlait les poils au niveau de la jugulaire, lavait soigneusement la peau avec une solution de sublimé au millième, puis ouvrait la veine à l'aide d'un couteau stérilisé et recueillait le sang dans un bocal. Il est plus commode d'employer le procédé de Nocard, qui consiste à plonger dans la veine jugulaire d'un grand animal un trocart stérilisé, pourvu d'un tube de caoutchouc qui communique avec un ballon également stérilisé. Quoi qu'il en soit, on remplit le vase presque jusqu'au bord, on le bouche rapidement et on le laisse reposer pendant 24 heures dans la glace, pour favoriser la formation et la rétraction du caillot. On puise le sérum avec une pipette et on l'introduit avec précaution dans des tubes préalablement stérilisés.

5° La sérosité d'hydrocèle se recueille de la même manière que le sérum sanguin.

Quand les manipulations ont été soigneusement faites, ces deux derniers liquides ne contiennent presque jamais de germes, et on peut faire l'économie de la stérilisation discontinue, qui prend beaucoup de temps et expose à des accidents fort ennuyeux, vu le prix élevé du sérum sanguin et la difficulté de s'en procurer. On aura cependant la précaution de laisser incuber les ballons pendant plusieurs jours, dans une étuve à 36°, de manière à s'assurer qu'il ne se développe aucun micro-organisme.

On emploie également, dans les recherches bactériologiques, le liquide de Pasteur fabriqué en faisant dissoudre, dans 100 parties d'eau distillée, 10 parties de sucre candi, 1 partie de tartrate d'ammoniaque et 1 partie de levure préalablement calcinée (soit 0,075 de cendres). Le liquide de Cohn-Mayer, variante du précédent, est préparé avec 1 gramme de phosphate de potasse, 1 gramme de sulfate de magnésie, 1 gramme de phosphate de chaux tribasique et 2 grammes d'acide tartrique en solution dans 200 grammes d'eau distillée.

Mais ces deux liquides, pauvres en azote, sont peu propres à la culture des germes pathogènes.

Milieux solides. — L'introduction des cultures sur milieux solides est due au professeur Koch. Cette innovation, en apparence peu importante, n'a pas seulement fait faire à la bactériologie un pas considérable; elle l'a, du même coup, mise à la portée de la masse des observateurs.

Dans les liquides, en effet, la croissance des bactéries ne se traduit guère à l'œil nu que par le développement d'un nuage ou d'un sédiment plus ou moins épais. Ces phénomènes, assez peu nets par eux-mêmes, sont encore obscurcis du fait de la diffusion qui, en l'absence même de toute agitation du vase, mélange les diverses couches et répand les germes et leurs produits dans toute la masse du liquide. — Sur un terrain solide, au contraire, l'inoculation peut être faite en un point précis et la croissance des microbes, limitée à ce point, peut être suivie très aisément sans le secours d'aucun instrument. Le groupe des germes développés, la colonie, suivant l'expression usuelle, affecte une forme et

une coloration particulières, souvent caractéristiques. Enfin si quelque poussière, quelque germe introduit accidentellement, vient à contaminer le sol nutritif, il y a de grandes chances pour qu'il ne se développe pas au même point, ni sous les mêmes apparences que le micro-organisme ensemencé, par conséquent pour qu'on s'aperçoive de sa présence, ce qui avec les liquides, est trop souvent impossible.

Le premier milieu nutritif solide auquel on ait eu recours, est la pomme de terre bouillie et coupée en tranches (Schröder), qui constitue en effet un terrain très favorable au développement de beaucoup d'espèces de bactéries. La préparation en est simple : on a soin de choisir des pommes de terre peu farineuses, grosses, de forme régulière et parfaitement intactes. On les nettoie sous un courant d'eau à l'aide d'une brosse douce, puis avec la pointe d'un couteau, on enlève les points noirs, les piqûres qu'elles peuvent présenter; on a soin de n'ôter que le strict nécessaire et de respecter, autant que possible, l'épiderme. On laisse ensuite tremper pendant une heure dans la solution de sublimé au millième. Cela fait, on place les pommes dans un panier à claire-voie et on les fait cuire pendant une heure à 100° dans le stérilisateur à vapeur. On les laisse refroidir avant d'ouvrir le panier. Pendant ce temps, on a préparé un grand cristallisoir garni d'un papier joseph imbibé de solution de sublimé, et recouvert d'une cloche. On prend une pomme de terre avec la main gauche préalablement lavée au sublimé, et à l'aide d'un couteau flambé au bec de Bunsen, on la coupe en deux moitiés selon son grand diamètre. On dépose les deux moitiés dans le cristallisoir, la surface de section en haut, et on recouvre aussitôt avec la cloche.

Mais le grand, le véritable progrès qui a renouvelé la technique bactériologique a été la découverte des milieux nutritifs *solides et transparents*, à l'aide desquels on a pu, grâce au procédé (que nous décrirons plus loin) des cultures sur plaques, obtenir le développement *isolé* des différents germes contenus dans un même milieu pathologique, séparer ces germes les uns des autres et réaliser par conséquent des cultures pures.

Nous décrirons d'abord la préparation de la *gélatine peptonisée*, qui est, de toutes les cultures en question, la plus commode et dont l'emploi est rapidement devenu général.

On prend 500 grammes de viande de bœuf soigneusement dépouillée de graisse et hachée menu. On les fait macérer pendant 24 heures dans un litre d'eau, en ayant soin d'entourer le vase avec de la glace. On passe ensuite dans un linge propre et on presse le résidu de manière à obtenir un litre de liquide. On complète au besoin avec de l'eau distillée. On verse dans un ballon stérilisé et on ajoute 10 grammes de peptone sèche (peptone Chapoteaut ou similaires), 5 grammes de chlorure de sodium, enfin 100 grammes de gélatine incolore. On bouche avec un tampon d'ouate et on chauffe doucement au bain-marie, jusqu'à liquéfaction complète de la gélatine, en évitant de dépasser la température de 60°. Cela fait, on éprouve le degré d'acidité au papier de tournesol et on neutralise avec une solution saturée de carbonate de soude, jusqu'à ce que le papier bleu ne change plus de couleur. On dépasse même un peu cette limite, de façon à obtenir un liquide légèrement

alcalin. Puis le mélange étant refroidi, on le *colle* avec un blanc d'œuf en agitant la masse au moyen d'une baguette de verre. On chauffe dans a vapeur à 100 degrés pendant une demi-heure, de façon à précipiter complètement l'albumine. On s'assure que la réaction est toujours légèrement alcaline et on filtre sur du papier joseph dans un entonnoir à eau chaude de Wisnegg. Un petit robinet adapté au bec de l'entonnoir permet de remplir directement les tubes stérilisés, ce qui est une grand économie de temps.

La gélatine ainsi préparée doit être d'une belle couleur d'ambre, parfaitement transparente, et se prendre en masse dès que la température tombe au-dessous de 24°. Quand après une première filtration elle reste trouble, on peut ajouter encore un blanc d'œuf, faire chauffer de nouveau à ébullition pendant un quart d'heure et filtrer une seconde fois. Mais il faut se rappeler qu'après un chauffage trop prolongé la gélatine ne fait plus prise, de telle sorte qu'à la fin des stérilisations successives qui sont ici indispensables, le contenu des tubes pourrait se trouver impropre à l'usage et tout serait à recommencer. Il vaut donc mieux se contenter d'une transparence relative.

La gélatine-peptone, solidifiée dans des tubes à expérience, constitue un admirable terrain de culture. Sa consistance rend les ensemencements très faciles ; sa transparence permet de suivre dans les moindres détails le développement des colonies bactériennes soit à la surface, soit dans la profondeur. La forme de ces colonies, leur coloration, le fait qu'elles liquéfient ou ne liquéfient pas la gélatine, etc. sont autant de caractères qui permettent de distinguer les espèces. La plupart des bactéries se développent sur la gélatine-peptone. Mais comme on l'a vu celle-ci fond à 24° centigrades ; quand la température ambiante dépasse ce chiffre (comme il arrive souvent en été dans les laboratoires), ou quand on veut étudier des organismes qui ne végètent qu'à la température du corps, on ne peut plus s'en servir. Il a fallu trouver une autre substance réunissant les mêmes qualités et n'offrant pas cette inconvénient. Cette subtance, on l'a trouvée dans une colle végétale, tirée d'une algue du Japon, que Payen avait étudiée il y a déjà longtemps sous le nom de gélose et dont l'emploi a été vulgarisé par les Allemands sous le nom d'*agar-agar*.

Pour préparer l'agar-agar on fait d'abord un litre de macération de viande comme il a été dit plus haut, et après addition de la peptone et du chlorure de sodium on y met, au lieu de gélatine, 10 grammes d'agar qu'on a eu la précaution de faire tremper pendant 12 ou 24 heures dans l'eau salée. Si on a l'intention de faire des cultures sur plaques, il est bon d'ajouter aussi 20 grammes de gélatine. On fait fondre au bain-marie, ce qui demande un temps assez long, puis on alcalinise la liqueur, on colle avec un blanc d'œuf, on fait bouillir et enfin on filtre, soit avec le filtre à eau chaude, soit en plaçant l'appareil (entonnoir et ballon) dans le stérilisateur à vapeur.

La préparation de l'agar par le procédé ci-dessus est longue et délicate : la cuisson prolongée nécessaire pour dissoudre la colle végétale risque d'altérer le produit nutritif, et d'autre part la filtration se fait avec une désespérante lenteur. L'agar devenant solide, ou tout au moins très visqueux vers 50°, l'opération peut échouer, pour peu que le filtre à

eau chaude ne fonctionne pas à merveille, et alors tout est à recommencer. On évitera cet inconvénient en préparant séparément une solution d'agar et un bouillon d'extrait de viande peptonisé, de la façon suivante. On verse dans un ballon 900 centimètres cubes d'eau distillée, on y ajoute 10 grammes d'agar et 10 grammes de sel ordinaire, on fait chauffer au bain-marie jusqu'à dissolution complète, puis on filtre à chaud sur un morceau de flanelle. D'autre part, on met dans un second ballon 100 centimètres cubes d'eau distillée, avec 10 grammes de peptone et 10 grammes d'extrait de viande de Liebig; on fait dissoudre à une chaleur douce, on alcalinise, on fait bouillir une demi-heure, on filtre au papier joseph et on mélange le produit filtré à la solution d'agar. On a ainsi une mixture qui renferme, pour 100 parties, 1 d'extrait de viande, 1 de sel, 1 de peptone et 1 d'agar. On fait bouillir encore pendant une demi-heure et on verse ensuite dans les tubes stérilisés préparés à l'avance.

La gelée nutritive d'agar-agar ressemble à la gélatine, mais elle est moins transparente, et offre une coloration brun grisâtre à reflet légèrement laiteux. Elle se solidifie vers 45°. Il est d'usage d'incliner les tubes pendant qu'ils refroidissent, afin d'obtenir une surface oblique étendue, permettant de faire les inoculations à la fois par une piqûre et par une strie.

Les bactéries ne liquéfient pas l'agar; elles ne peuvent donc se développer qu'à sa surface, et les caractères distinctifs des colonies sont beaucoup moins nets et surtout moins variés que sur la gélatine. Les grands avantages de l'agar sont sa conservation presque indéfinie et surtout son point élevé de liquéfaction, grâce auquel on peut conserver les cultures pendant les chaleurs de l'été, qui ramollissent la gélatine, et surtout faire des cultures dans l'étuve à la température du corps humain.

L'emploi du *sérum sanguin gélatinisé* a été imaginé également par Koch, qui lui a dû quelques-unes de ses plus belles découvertes. Il est supérieur aux précédents pour l'étude des bactéries pathogènes, car sa composition chimique se rapproche beaucoup plus de celle des humeurs vivantes qui sont le terrain naturel du développement de ces micro-organismes. En fait, certaines espèces qui ne se laissent cultiver ni dans les bouillons, ni dans la gélatine-peptone, ni dans l'agar, se développent sur le sérum. Le bacille de la tuberculose, par exemple, a longtemps paru incapable de prospérer sur aucun autre terrain, et c'est tout récemment qu'on a découvert, comme nous le verrons dans la seconde partie de ce travail, le moyen de le cultiver autrement.

On a vu plus haut comment il faut s'y prendre pour recueillir du sérum sanguin à l'état liquide et transparent. Ce sérum, une fois séparé du caillot, est puisé à l'aide de pipettes stérilisées et réparti dans des tubes à culture également stérilisés. Chaque tube en reçoit de 5 à 8 centimètres cubes et est immédiatement bouché avec un tampon d'ouate. Les tubes ainsi préparés sont placés chaque jour pendant une heure dans l'étuve à 58°, et cette opération est renouvelée 6 ou 8 jours de suite. Lorsqu'on a ainsi obtenu une stérilisation tout à fait sûre, les tubes sont placés très inclinés sur une petite caisse à double fond, remplie d'eau, et cette eau est chauffée graduellement jusqu'à 65°. A cette température, comme l'a découvert le premier, Koch, le sérum se gélatinise, c'est-à-dire qu'il se

solidifie sans perdre sa transparence. L'opération demande à être conduite avec soin; car, chauffé trop vite, ou à une température plus élevée, le sérum deviendrait opaque et granuleux, par coagulation de l'albumine, et il serait alors impropre à tout usage.

Le sérum bien gélatinisé offre une consistance ferme, analogue à celle du blanc d'œuf durci, une coloration ambrée, un peu laiteuse seulement dans la partie la plus épaisse. Il se conserve pendant des mois sans autre altération que le desséchement de la partie mince.

Autres milieux de culture. — Indépendamment des substances qui viennent d'être énumérées, et qui seules sont employées d'une manière courante, on s'est quelquefois servi d'autres matières, telles que purée de pommes de terre, bouillie de mie de pain, blanc d'œuf, décoction de prunes, macération de crottin de cheval gélatinisée ou non. Mais ces différents produits n'ont que des applications très limitées, et nous ne nous y arrêterons pas.

C. *Etablissement des cultures.* — Il ne suffit pas d'avoir préparé des matériaux nutritifs convenables, et de les avoir déposés dans des récipients à l'abri de toute infection accidentelle. Il faut encore savoir comment s'y prendre pour recueillir les bactéries à étudier, pour les ensemencer sur le sol où elles doivent se développer, enfin pour isoler les unes des autres les différentes espèces et en obtenir des cultures pures.

Quand il s'agit simplement d'emprunter de la semence à une culture artificielle déjà développée, on procède de la façon suivante. Prenant de la main droite une aiguille de platine montée sur baguette de verre, on la fait rougir à la flamme d'un bec de Bunsen ou d'une lampe à alcool, et on la laisse refroidir pendant quelques secondes. En même temps on ouvre avec précaution le tube ou la boîte de verre renfermant la culture qu'on veut reproduire, et on en touche rapidement la surface avec l'extrémité de l'aiguille. Selon que celle-ci est terminée en pointe ou en anneau, elle entraîne une parcelle plus ou moins forte de substance, que l'on porte aussitôt dans le milieu nutritif préparé à cet effet.

La matière à inoculer doit-elle être prise dans le cadavre d'un animal d'expérience, on commence par couper les poils avec soin le long de la ligne blanche abdominale. Puis on fait l'ouverture du corps avec un scalpel flambé. Pour mettre à nu le viscère à employer (le cœur, par exemple, ou la rate), on se sert d'une paire de ciseaux spéciale stérilisée avec soin. On ponctionne ensuite l'organe avec une aiguille de platine, ou mieux encore avec une pipette de Pasteur également stérilisée. La gouttelette de sang ou de sérosité recueillie est aussitôt portée sur les milieux de culture à ensemencer.

Pour recueillir du sang chez l'homme vivant il faut des précautions encore plus minutieuses. A l'aide d'une ligature, on détermine une stase veineuse de la région choisie, puis la peau est lavée soigneusement, d'abord à l'éther ou à l'eau savonneuse, pour dissoudre l'enduit sébacé, ensuite avec la solution de sublimé corrosif à 1 0/00. Avec une petite pince on casse l'extrémité effilée d'une pipette de Pasteur, flambée auparavant, et on ponctionne la peau. Le liquide sanguin pénètre aussitôt par capillarité ; au besoin on accélère l'opération en aspirant doucement à l'autre extrémité de la pipette. Dès qu'on a recueilli une quantité suf-

fisante, on inocule les tubes de culture, si on les a sous la main ; dans le cas contraire, on ferme à la lampe.

On procédera de même pour récolter le pus d'un abcès, la sérosité d'un érysipèle. Le moyen le plus sûr pour éviter toute contamination accidentelle est de piquer directement la peau avec la pipette. Si cela n'est pas possible, on se sert de la pointe d'un bistouri bien stérilisé, et aussitôt la piqûre faite on y plonge le bec de la pipette qu'un aide tient préparée. Toutes ces manœuvres demandent à être exécutées rapidement.

Pour obtenir du sang ou de la sérosité d'un organe profond, tel que le poumon, la rate, on se sert d'une seringue de Pravaz dont l'aiguille a été préalablement stérilisée pendant une demi-heure dans l'étuve sèche à 150°. Cette aiguille devra être conservée dans un tube de verre bien bouché, d'où on la retirera seulement au moment de s'en servir. Après le double lavage des téguments, on fait la ponction d'un coup sec, et on tire lentement le piston, jusqu'à ce qu'on voie sourdre le sang ou la sérosité dans le corps de la seringue. On retire alors l'instrument, on chasse une gouttelette, et avec la pointe de l'aiguille humide on inocule rapidement une ou plusieurs cultures.

Le mode d'ensemencement varie selon la nature et la disposition des milieux nutritifs qu'on emploie. Nous avons dit plus haut comment on dispose les chambres humides, qui permettent de suivre sous le microscope les diverses phases du développement des bactéries, leur croissance, leurs mouvements, leur multiplication et leur résolution en spores. A l'aide de la platine chauffante de Ranvier, il est aisé de maintenir le petit appareil à la température la plus favorable.

Sauf ce cas particulier, on donne aux cultures, liquides ou solides, des dimensions telles qu'il soit facile de les observer à l'œil nu.

Pour inoculer un liquide nourricier, on prend de la main gauche le tube ou le ballon qui le renferme, on enlève avec précaution le tampon d'ouate et on le place entre l'annulaire et le petit doigt, qui le tiennent par son extrémité supérieure à l'abri de la chute des poussières atmosphériques. Puis, inclinant légèrement le ballon, on y introduit l'aiguille de platine chargée des bactéries à ensemencer. Il faut avoir soin que cette aiguille ne touche pas les bords. On la plonge dans le liquide de culture, et on agite en tous sens pour favoriser le mélange. On referme ensuite le ballon, en évitant de toucher à la partie inférieure du tampon d'ouate, et on le place, suivant les cas, soit à la température ambiante, soit dans l'appareil à incubation. Le développement des micro-organismes produit dans le liquide des altérations diverses, telles que filaments, flocons, nuages, sédiments incolores ou colorés, pellicules à la surface, etc. Toutes ces particularités, qui servent à différencier les espèces, devront être notées avec soin.

Pour ensemencer les pommes de terre, on les dispose, comme il a été dit plus haut, dans un grand cristallisoir couvert, sur un lit de papier joseph imbibé de sublimé. On peut en placer quatre ou cinq côte à côte dans la même cuve, mais en ayant soin que leurs bords ne se touchent pas. Au moment de l'inoculation, un aide soulève doucement la cloche par un côté, et avec la pipette ou l'aiguille de platine chargée de la substance à inoculer on touche légèrement le centre de la pomme de

terre, ou on trace une strie légère à sa surface. Il est bon d'écrire aussitôt sur la cloche de verre avec un crayon gras, jaune ou bleu, la nature et la date de l'inoculation.

Au bout d'un temps qui varie selon les espèces ensemencées, on voit se développer sur la surface plane et blanche de la pomme de terre une ou plusieurs colonies, de forme et de caractère variables, tantôt arrondies, lisses et transparentes, tantôt irrégulières, opaques, à surface inégale et comme fraisée. Il en est de brillantes comme de la cire; d'autres offrent l'aspect mat de l'amidon; certaines sont parfaitement incolores; d'autres s'imprègnent de pigments variés. Ces particularités, dont chacune, prise séparément, n'aurait pas grande importance, peuvent servir par leur groupement à établir le *signalement* des diverses espèces de germes. Comme elles varient pour une même espèce avec le terrain de culture, il est utile d'ensemencer les bactéries à déterminer sur différents milieux solides, et de noter l'aspect et le développement des cultures dans chaque cas.

Veut-on ensemencer un tube de gélatine, on le tient dans le sens horizontal, entre le pouce et l'index de la main gauche; on retire le tampon par un mouvement de torsion, pour détacher les adhérences sans effiler la ouate, et on place ce tampon entre l'annulaire et le petit doigt, qui le retiennent par sa houppette extérieure. Puis on introduit l'aiguille chargée en évitant de toucher les bords du tube, et on pique suivant l'axe, jusqu'à un centimètre du fond. Les cultures ainsi disposées (*Stichkultur*) sont les plus démonstratives, car, grâce à la transparence de la gélatine, elles permettent de voir si les bactéries se développent à la surface seulement ou aussi dans la profondeur, si la colonie liquéfie ou non la gélatine, si elle donne ou ne donne pas lieu à la production de gaz, si elle affecte la forme d'un clou, d'une cupule, d'un entonnoir, d'une chenille, d'un nuage, etc. Ces caractères différentiels permettent, comme nous l'avons dit, de distinguer les espèces les unes des autres, souvent beaucoup mieux qu'on ne ferait par l'examen microscopique.

Les tubes d'agar s'ensemencent à peu près de la même manière que les tubes de gélatine; seulement il faut éviter de les incliner, en raison de la présence constante d'une petite quantité d'eau qui délayerait la surface d'inoculation. D'autre part, le développement des bactéries ne se faisant guère qu'à la surface, on remplace avec avantage la piqûre par une strie superficielle (*Strichkultur*) longitudinalement dirigée, le long de laquelle les microbes se développeront sous forme d'une traînée, parfois même d'un bourrelet plus ou moins saillant, affectant une grande variété de structure et de nuance.

Le sérum sanguin gélatinisé, comme nous l'avons déjà vu, réunit les avantages de l'agar à ceux de la gélatine. Il permet les cultures à toute température. On l'inocule d'ordinaire à la fois par une piqûre et par une strie. Les précautions à prendre sont les mêmes que nous avons déjà énumérées.

Procédés d'isolement des bactéries. — Les procédés d'inoculation que nous venons de passer en revue conviennent très bien lorsqu'on veut simplement reproduire une culture d'une bactérie déjà isolée. Ils peuvent encore suffire lorsqu'on se propose d'étudier un micro-organisme existant seul dans un liquide pathologique, tel que sang, pus,

sérosité, etc. Le microbe, en effet, se développe sur le milieu nourricier où on l'a placé; avec une parcelle de la colonie qui en résulte, on reproduit une seconde culture, puis une troisième, et ainsi de suite. On arrive ainsi très aisément à se débarrasser des matières organiques (globules sanguins, leucocytes, fibrine, etc.) entraînées par la première inoculation, et bientôt les tubes ne renferment plus que le microbe à l'état de pureté.

Mais il n'en est plus de même quand on a affaire à un mélange de plusieurs espèces de bactéries, ce qui est en définitive le cas le plus habituel. Dans la plupart des liquides pathologiques, dans l'urine, dans les matières fécales, dans les produits d'exsudation inflammatoire, aussi bien que dans l'air, dans l'eau et dans les liquides fermentescibles, le microscope révèle la présence de plusieurs espèces de micro-organismes, parfois très différents, ou au contraire tellement analogues qu'il est presque impossible de les distinguer.

Ces bactéries, qui se développent ainsi côte à côte, sont loin d'avoir les mêmes propriétés; les unes sont tout à fait inoffensives, d'autres douées d'une virulence extrême; celles-ci végètent sans altérer sensiblement le terrain organique sur lequel elles vivent, celles-là fabriquent incessamment des produits putrides ou des alcaloïdes toxiques (véritables ptomaïnes), capables de modifier profondément la vitalité de l'organisme qu'elles habitent. — Pour étudier les propriétés de ces divers micro-organismes, il est indispensable d'arriver à les isoler. Comment y parvenir?

Il y a peu d'années encore, on en était réduit à des méthodes très lentes, très difficiles, et qui réussissaient rarement. Telle était la méthode des *cultures fractionnées* (Klebs), consistant à laisser croître pendant 24 heures tous les germes mélangés, puis à transporter une petite parcelle du premier liquide dans une série d'autres milieux de culture de composition différente; il y avait des chances pour qu'une espèce de micro-organisme devînt prédominante dans le milieu le plus approprié, et alors une nouvelle inoculation pouvait isoler l'espèce à l'état pur. — De même la méthode de la *dilution* (Pasteur, Nægeli) consistait à prendre une goutte de la première culture et à la diluer dans mille fois, ou même dans un million de fois son volume d'eau salée. Il devenait probable qu'une goutte de ce dernier mélange ne renfermait plus qu'un très petit nombre de germes, un seul peut-être. On inoculait une série de nouveaux tubes, dont quelques-uns seulement cultivaient, et il y avait des chances pour que les cultures ainsi obtenues fussent des cultures pures.

Ces procédés aléatoires et imparfaits ont suffi à M. Pasteur pour réaliser de grandes découvertes; mais il fallait pour cela son génie, sa persévérance infatigable et sa merveilleuse habileté dans un genre de recherche dont il était l'initiateur. Ajoutons-y, comme il l'avoue lui-même, certains hasards heureux de préparation. Lorsque d'autres observateurs ont voulu répéter les mêmes expériences, ils échouaient presque toujours. — Pour que les recherches bactériologiques entrassent définitivement dans le domaine commun, il fallait une méthode plus simple, plus pratique et en même temps plus sûre. Cette méthode, Robert Koch l'a créée par l'invention des cultures sur plaques de gélatine et d'agar.

Le principe, tel qu'il l'a formulé, est le suivant : Si on inocule un liquide nutritif avec un mélange de divers germes, et si on fait solidifier ce

liquide en couche mince sur une lame de verre, chaque germe immobilisé à la place qu'il occupe deviendra le point de départ d'une colonie isolée, dont les caractères différentiels pourront être aisément reconnus, d'abord au microscope, et plus tard à l'œil nu, et qu'il sera facile d'ensemencer alors dans des tubes où la bactérie en question se développera à l'état pur.

Cultures sur plaques. — On prend des morceaux de carreaux de vitre d'environ 15 centimètres de long sur 10 de large, et après les avoir soigneusement lavés et essuyés on les place dans une boîte de tôle s'ouvrant par une de ses extrémités. On stérilise pendant une heure et demie dans l'étuve sèche à 150°, et on laisse refroidir sans ouvrir la boîte. Quand on veut préparer une culture sur plaque, on dispose sur un cadre à trépied porté par trois vis une cuve remplie de glace, recouverte d'un large plateau de verre. Au moyen d'un niveau d'eau, on règle les vis du trépied, de telle sorte que le plateau supérieur soit parfaitement horizontal. Cela fait, on pose la boîte de tôle horizontalement sur le bord de la table, on ôte le couvercle, et avec deux doigts préalablement lavés au sublimé on en retire une plaque de verre que l'on pose sur le plateau à glace et que l'on recouvre immédiatement d'une cloche. On prend ensuite un tube de gélatine-peptone préparée comme il a été dit plus haut, on le plonge dans de l'eau à 30°, et quand la liquéfaction est achevée, on y introduit, avec une aiguille de platine, une très petite parcelle de la substance à examiner. On agite pour que la dilution soit complète. On fait ensuite soulever la cloche de verre par un aide, et on verse rapidement la gélatine sur la plaque, en ayant soin qu'elle n'atteigne pas les bords. Avec une aiguille de platine coudée, on l'étale régulièrement en une couche de quelques millimètres d'épaisseur, qui se solidifie en quelques minutes. On replace aussitôt la cloche, jusqu'à ce que la prise soit complète. Pendant ce temps on prépare une chambre humide formée, comme pour les pommes de terre, d'un grand cristallisoir de 20 centimètres de diamètre, recouvert d'un cloche un peu plus grande formant couvercle, et garni d'une double épaisseur de papier joseph imbibé de solution de sublimé au millième. On y dispose la plaque sur un petit banc de verre qui l'isole de toutes parts.

Quand la substance ensemencée est trop riche en germes, les colonies se développent sur la plaque en nombre si grand qu'elles se touchent et qu'il est impossible de les isoler. Aussi est-il prudent de préparer, à l'exemple de Koch, trois plaques successives. Un premier tube de gélatine liquide est ensemencé avec une parcelle de la matière à examiner; avec une aiguille de platine recourbée, on puise dans ce tube une gouttelette qui sert à en inoculer un second. Cinq gouttes du tube 2 servent à ensemencer le tube 3. Cela fait, on prépare avec les trois tubes trois cultures sur plaques, portant les numéros 1, 2 et 3, que l'on superpose dans une même chambre humide, sur trois petits bancs de verre. Parmi ces trois plaques, il y en aura toujours une qui donnera de bons résultats. La plaque n° 1 étant la plus riche en bactéries est exposée à se liquéfier la première; on aura soin de la placer au fond du cristallisoir, pour qu'elle ne souille pas les autres.

Au bout de peu de temps, souvent dès le lendemain, quand on examine les plaques, on voit la surface de la gélatine présenter des points, des

taches de forme et de couleur variables. Au microscope, avec un faible grossissement, on reconnaît que ces taches sont des colonies microbiennes, de forme d'abord arrondie, puis moins régulière à mesure que leur accroissement continue. Ces colonies, quand la plaque a été préparée avec une substance ne contenant qu'une seule espèce de germes, sont toutes parfaitement identiques. Mais beaucoup plus souvent, la substance inoculée renfermant un mélange de bactéries, elles offrent des différences très tranchées, et la même plaque peut présenter quatre, cinq, six types différents ou même davantage. Avec un peu d'habitude, on arrive à les distinguer du premier coup d'œil et à reconnaître chaque espèce à la forme de ses colonies. Les unes sont d'un blanc de cire, d'autres rosées, d'autres d'un jaune verdâtre; celles-ci liquéfient la gélatine, celles-là semblent la dessécher au contraire; certaines ont une surface lisse, certaines autres sont plissées, mamelonnées, etc.

L'inconvénient des plaques de gélatine est de ne pas se prêter à la culture de toutes les bactéries: celles qui se développent lentement n'ont pas le temps d'apparaître, étouffées qu'elles sont par d'autres espèces à croissance plus rapide, qui liquéfient la gélatine et détruisent promptement toute la surface de culture.

Les plaques, d'agar qui se préparent de la même manière, sont préférables à certains points de vue : elles peuvent être employées en toute saison, elles supportent le séjour à l'étuve et les températures de 36° à 40° qui sont nécessaires au développement de certains micro-organismes; enfin, quels que soient les germes ensemencés, il n'y a pas de liquéfaction à craindre, la culture peut donc être conservée beaucoup plus longtemps.

Mais certaines espèces de bactéries ne croissent ni sur la gélatine ni sur l'agar; pour celles-ci, on est obligé d'avoir recours au sérum sanguin gélatinisé. Malheureusement, cette substance ne se prête pas à la méthode des cultures sur plaques. Quand il s'agit d'isoler des micro-organismes à croissance très lente, on peut se servir du procédé suivant, indiqué par Babès: On prépare quatre godets de sérum gélatinisé, que l'on place dans une chambre humide ; avec un couteau stérilisé, imprégné de la substance à inoculer, on ensemence largement la surface du premier godet. Une parcelle de celui-ci, déposée sur la lame d'un autre couteau stérilisé, sert à inoculer le n° 2, et ainsi de suite. Au bout de quelques jours, on examine au microscope le godet n° 4 et si les microbes qui s'y sont développés ne répondent pas par leurs caractères à ceux dont on attend l'éclosion, on ensemence quatre nouveaux godets avec les parties du godet n° 4 où rien n'avait germé. Ces nouveaux godets sont placés dans l'étuve de d'Arsonval avec un vase plein d'eau pour éviter la dessiccation. On arrive ainsi à isoler les germes qui se développent lentement et difficilement, des autres espèces auxquelles ils étaient mélangés.

Quand on a obtenu à l'état de pureté le micro-organisme qu'on se propose d'étudier, on l'ensemence successivement sur les divers milieux nutritifs connus et on examine comment il se comporte sur chacun d'eux, afin de fixer les caractères qui le distinguent des espèces analogues. Ce premier travail achevé, on s'occupe d'obtenir, à l'aide du milieu de culture que l'expérience a démontré le plus favorable, des générations nouvelles et aussi abondantes que possible, qui permettront de pratiquer

des expériences d'inoculation aux animaux, de rechercher les produits chimiques isolables, les ptomaïnes fabriquées par les bactéries, enfin d'étudier, s'il est possible, l'atténuation du virus.

Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les développements que nécessitent ces dernières questions, encore très obscures, et qui seront traitées plus utilement à la fin de ce travail, quand nous envisagerons ce qu'on sait de la biologie générale des bactéries. Quant à présent, nous nous bornerons à dire quelques mots de la technique des inoculations expérimentales.

§ III. *Méthodes d'inoculation aux animaux.*

Pour établir d'une manière irréfutable l'influence pathogène d'un micro-organisme, il ne suffit pas de prouver qu'il existe constamment et exclusivement chez les sujets atteints d'une affection déterminée, il faut encore reproduire expérimentalement la même maladie chez les animaux ou chez l'homme par l'inoculation d'une culture pure de ce micro-organisme, renouvelée pendant plusieurs générations.

L'expérimentation sur les animaux fait donc partie intégrante de la technique bactériologique ; elle n'est même, à vrai dire, qu'un procédé de culture, le plus perfectionné de tous, puisqu'elle a lieu sur un terrain organique vivant. Quant à l'expérimentation sur l'homme, bien qu'elle ait été réalisée quelquefois (Fehleisen), elle est trop rarement possible et permise pour qu'il soit utile d'en parler. Dans le choix des animaux d'expérience, on s'adressera autant que possible aux espèces chez lesquelles la maladie en question, ou une maladie analogue, s'observe spontanément. On se souviendra que les sujets sont en général d'autant plus réfractaires qu'ils sont plus âgés. On aura soin de les prendre en parfaite santé et de les maintenir dans de bonnes conditions hygiéniques pour éviter toute cause morbide étrangère à l'expérience. Il sera même utile, comme garantie de ce dernier point, de conserver dans le même lieu, mais dans une cage séparée, un ou plusieurs animaux témoins qu'on n'inoculera pas.

Les méthodes par lesquelles on peut faire pénétrer les bactéries dans l'organisme des animaux sont au nombre de trois :

1° L'ingestion;

2° L'inhalation;

3° L'inoculation proprement dite.

A. Ingestion. — Pour faire avaler aux animaux des cultures de bactéries, il suffit souvent de mélanger celles-ci à leurs aliments ordinaires : ainsi il est très facile de rendre les lapins tuberculeux en leur faisant manger du son additionné d'eau dans laquelle on a délayé une culture du bacille de Koch.

Quand la quantité du liquide virulent à ingérer est plus considérable, on est obligé de s'y prendre autrement. A-t-on affaire à de grands animaux, tels que la vache et le mouton, on creuse un morceau de pomme de terre, on y introduit la culture à faire avaler et on met ce morceau de pomme de terre sur la base de la langue. Pour les animaux de petite taille, tels que les lapins ou les cobayes, on a recours à la sonde gas-

trique, qu'on introduit le plus loin possible dans l'œsophage, pendant qu'un aide maintient la bouche ouverte.

Les lésions déterminées par l'ingestion d'une culture de bactéries pathogènes siègent le plus ordinairement dans le tube digestif, et en particulier dans l'appareil folliculaire lymphatique de l'intestin. Souvent on peut suivre la marche de l'infection par le système lymphatique (ganglions du mésentère) ou par la voie veineuse (foie).

B. *Inhalation.* — L'animal en expérience est enfermé dans une caisse en bois assez étroite pour qu'il ne puisse se mouvoir, et on dirige sur ses narines le jet d'un pulvérisateur chargé d'un mélange d'eau et de la culture à inoculer (Friedländer, Weichselbaum). L'expérience est continuée plus ou moins longtemps (de quelques minutes à une heure); elle peut être faite une seule fois, ou au contraire répétée plusieurs jours de suite. Mais il faut avoir soin de ne pas laisser séjourner l'animal dans la caisse où la pulvérisation a eu lieu, de peur qu'il ne s'infecte par le moyen des éléments virulents qui ont été projetés contre les parois de la cage.

Les altérations anatomiques qui succèdent à une maladie infectieuse déterminée par inhalation siègent presque toujours dans l'appareil pulmonaire et dans les ganglions du médiastin.

C. *Inoculation.* — La méthode qui consiste à introduire les bactéries directement dans les tissus de l'animal vivant est de beaucoup la plus sûre et celle qui donne les résultats les plus constants. Mais elle nécessite des précautions plus minutieuses, pour éviter le danger d'une infection accidentelle. Quel que soit le mode d'inoculation choisi, on devra procéder comme pour la récolte des liquides pathologiques, c'est-à-dire stériliser préalablement tous les instruments dont on se sert en les faisant séjourner une heure dans l'étuve sèche à 150°. Avant d'opérer, on se lavera les mains soigneusement au sublimé. On coupera le poil dans la région à inoculer, et on lavera la peau à l'éther et au sublimé, ou bien on cautérisera légèrement avec une baguette de verre chauffée au rouge. L'opération faite, on protégera la plaie contre les contaminations extérieures à l'aide d'un petit pansement antiseptique ou plus simplement d'une baudruche collodionnée.

Les principaux modes d'inoculation sont les suivants :

1° Introduction du virus dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané;

2° Introduction du virus dans les cavités séreuses, comme le péritoine, l'arachnoïde, les synoviales articulaires, ou encore dans la chambre antérieure de l'œil;

3° Introduction du virus dans les veines.

Le choix des animaux se détermine, comme nous l'avons dit, d'après la maladie à inoculer, et aussi d'après le genre d'opération à faire. Quand il s'agit d'une simple inoculation sous-cutanée, on a tout intérêt à s'adresser aux petits mammifères rongeurs. La souris est aujourd'hui très employée, en raison de sa petite taille (qui permet de la conserver dans un simple bocal), de son bas prix et de la facilité avec laquelle on se la procure. Le cobaye offre presque les mêmes avantages, il est en outre le plus maniable des animaux de laboratoire car il ne griffe ni ne mord jamais et il est très facile à immobiliser, même sans aucun lien. Il n'en est pas de même du rat, que sa grande rusticité a fait préférer dans

certains cas spéciaux, mais qui exige de la part de l'opérateur beaucoup d'habitude et beaucoup d'adresse. Lorsqu'il est nécessaire de pratiquer des injections intra-veineuses, on est obligé d'avoir recours à des animaux de plus forte taille, comme le lapin ou le chien. — Dans certains cas particuliers (choléra des poules, diphtérie), on se sert des oiseaux, surtout de la poule et du pigeon. Cornil et Babès recommandent beaucoup la poule pour les opérations à pratiquer sur le ventre, en raison du peu de susceptibilité de son péritoine à l'inflammation. Quant aux animaux à sang froid, comme la grenouille, ils sont presque inusités, leur température basse et variable étant très peu propice au développement de la plupart des bactéries.

Chez la souris, les inoculations se pratiquent d'ordinaire à la base de la queue, soit par simple piqûre, soit par injection avec la seringue de Pravaz. Il n'est pas nécessaire d'attacher la bête : selon le conseil de Koch, on la prend par la queue de la main gauche et on la tient suspendue la tête en bas dans un bocal de verre, dont la paroi lisse et glissante ne lui permet pas de se retourner. De la main droite, on coupe les poils de la région sacrée, on lave ou on cautérise la peau et on pratique la piqûre.

Le même procédé peut être appliqué pour les rats, mais vu la force et l'agilité de ces animaux, il faut que le bocal soit recouvert d'une cloche ou d'un couvercle assez lourd, laissant libre seulement la région lombo-sacrée. Pour les opérations plus compliquées, il est nécessaire de les immobiliser complètement sur une planchette à l'aide du mors de Ranvier et de ligatures appliquées aux quatre membres.

Les cobayes seront simplement tenus par un aide, la figure couverte d'un linge. On peut même, lorsqu'on est forcé d'opérer seul, les hypnotiser en les tenant une minute ou deux immobiles sous une serviette. On fait l'injection comme chez la souris, ou bien, s'il s'agit d'inoculer une matière solide, on fait à la peau préalablement rasée et lavée une ponction au bistouri, on décolle un peu le tissu conjonctif à l'aide d'un stylet et on insère le fragment dans la cavité ainsi pratiquée ; on rapproche ensuite la peau comme il a été dit.

Veut-on faire une injection intra-péritonéale ? un aide tient l'animal (un cobaye presque toujours) renversé sur le dos, les muscles de l'abdomen dans le relâchement. On saisit entre le pouce et l'index de la main gauche la paroi abdominale et on la fait rouler sous les doigts de façon à être sûr de n'intéresser aucun viscère. Puis avec l'aiguille de la seringue de Pravaz, préalablement remplie du liquide à inoculer, on traverse perpendiculairement la base du pli; on lâche alors la main gauche, on retire un peu l'aiguille, et la canule se trouve libre dans la cavité abdominale.

Les inoculations dans la chambre antérieure de l'œil permettent de suivre jour par jour les phénomènes consécutifs. Elles se pratiquent presque exclusivement chez le lapin. On fixe le globe oculaire à l'aide d'une pince-écarteur et on incise ou on ponctionne la cornée tout près de la circonférence de l'iris. L'inoculation faite, on protège l'œil au moyen de l'oreille du lapin fixée au-devant des paupières.

C'est également chez le lapin que se font d'ordinaire les injections intra-veineuses. On choisit pour cela la grosse veine de la base de

l'oreille, près de la peau du front. Après lavage au sublimé, on coupe un très petit pli cutané avec des ciseaux courbes ; on aperçoit alors très bien la veine, qui est rectiligne et volumineuse. On la fixe à l'aide d'un doigt de la main gauche, appliqué à sa base, et quand elle est bien gonflée, on y fait pénétrer l'aiguille de la seringue dans le sens longitudinal. On constate si elle s'y meut facilement et on pousse l'injection. Lorsqu'on n'est pas dans la cavité du vaisseau, il se fait un œdème du tissu cellulaire (Cornil et Babès).

Beaucoup d'autres opérations spéciales ont été pratiquées dans un but d'inoculation : telles sont la trépanation du crâne pour injection dans l'arachnoïde (Pasteur), l'injection directe dans le duodénum (Nicati et Rietsch), la ponction de la trachée, etc... Nous n'en dirons rien ici, non plus que des manœuvres complexes imaginées pour faciliter ou pour localiser l'action des virus par une modification préalable du terrain organique. Ces procédés spéciaux seront indiqués dans la suite du présent travail, à propos des maladies dans lesquelles on les a surtout employés.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1887.

A

Abcès. — Les abcès froids, par Barette. (*Rev. gén. de clinique*, 24 mars.) — Abcès froids tuberculeux, par Thuau. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Abcès froids ossifluents, par Terrillon. (*Progrès médical*, 8-22 janvier.) — Pathogénie des abcès de l'aisselle, par Mollière. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 31 mars.) — Méthode pour obtenir l'évacuation des abcès sans déterminer de cicatrices, par Quinlan. (*Lancet*, 29 janvier.) — Sur les injections d'iodoforme dans les abcès froids, par Dandois. (*Rev. méd. Louvain*, mars.) — De l'électricité dans le traitement des abcès froids, par Rockwell. (*Med. News*, 22 janv.) — Traitement des abcès froids, par Rochet. (*La Province méd.*, 5 fév.) — Abcès tuberculeux, intervention chirurgicale, par Bouilly. (*Gaz. des hôp.*, 20 janv.) — Traitement des abcès froids, par Reclus. (*Gaz. hebd. de méd.*, 7 janv.)

Abdomen. — Plaies abdominales par armes à feu, indications opératoires, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Des plaies pénétrantes de l'abdomen par armes à feu et de leur traitement chirurgical, par Kirmisson. (*Bulletin méd.*, 11 mai.) — Plaie de l'abdomen produite par une balle de revolver, par Fleury. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars.) — Laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen, par Turri. (*Raccoglitore med.*, n° 6.) — 31 cas d'opérations intra-abdominales, par J. Price. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 22 janvier, p. 105.)— Phlegmon diffus gangréneux de la paroi abdominale, par Ozenne. (*Journ. de méd. de Paris*, 10 avril.) — Fibrosarcome sous-péritonéal de la paroi abdominale inséré au voisinage de l'ombilic, par Monteils. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 108-110.) — Notes sur les tumeurs dermoïdes abdominales non ovariennes, par Alban Doran. (*Medico chir. trans.*, LXVIII, p. 235.) — Note sur deux cas d'ascite d'origine inflammatoire, par Dauvin. (*Journ. de méd. de Paris*, 30 janv.)

Accouchement. — Du fonctionnement de la maternité de Lariboisière et des résultats obtenus depuis 1882 jusqu'en 1887, par Pinard. (*Rev. d'hyg.*, 20 mai.) — Note sur les conditions d'insalubrité des maternités de quelques hôpitaux de province, par Napias. (*Ibid.*) — Le taux de la mortalité dans les maternités des États-Unis, par B. Cooke Hirst. (*Med. News*, 5 mars.) — Hygiène des maternités, résultats de 8 années d'observation à la maternité de Pellegrin, par Oré. (In-8°, *Paris.*) — De l'antisepsie à la maternité de l'hôpital Saint-Louis, 1885-1886, par Charles. (*Thèse de Paris*, 26 fév.) — Sur le mécanisme de la descente et de la flexion dans les présentations

du sommet, par Reynolds. (*Americ. Journ. of Obst.*, avril.) — Accouchement chez une hypnotique, par Auvard et Varnier. (*Ann. de gynécol.*, mai.) — Parallèle entre les présentations de la face et celles du sommet, par Peigné. (*Thèse de Paris*, 13 janv.)—Hémorragie secondaire grave 21 jours après la délivrance, par Hagner. (*Obst. and gyn. Soc. of Washington*, 5 nov. 1886.) — Le danger d'hémorragies après la délivrance est-il accru par l'emploi des anesthésiques pendant le travail, par F. Barker. (*Med. News*, 12 fév.) — Quelques notes sur le traitement des hémorragies dues à la rétention de débris placentaires ou de débris de membranes, par Prégaldino. (*Ann. Soc. de méd. de Gand.*, 1886.) — De l'antisepsie obstétricale, par Fochier. (*Lyon méd.*, 2 janv.) — Note sur l'emploi du sublimé en obstétrique (critique l'abus, mais ne veut pas qu'on proscrive son usage), par Davis. (*Med. News*, 19 mars.) — Étude historique et clinique de la fièvre de lait, par Péraud. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Modification apportée par Breus au forceps, par Fry. (*Americ. Journ. of Obst.*, mars.) — Des applications obliques du forceps, par Poullet. (*La Province méd.*, 15 janv.) — De l'intervention dans les présentations de la face, par de Soyre. (*Arch. de tocolog.*, 15 mars.) — De l'intervention dans les présentations de la face, par de Soyre. (*Arch. de tocolog.*, 30 mars.) — Transformation de la présentation pelvienne en présentation du sommet, par Pajot. (*Gaz. des hôp.*, 6 janv.) — Un cas anormal de dystocie, induration et épaississement du col utérin consécutif à un prolapsus de la matrice; dilatation impossible; nécessité d'inciser l'orifice pour terminer l'accouchement, par Wigmore. (*Lancet*, 8 janvier.) — Cas nouveau de dystocie pelvienne relative, par Hamon de Fresnay. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, janv.) — Dystocie par rigidité de col utérin, par Engelbach. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, fév.) — Le viburnum prunifolium contre l'avortement, par Lwoff. (*Med. Obosren.*, n° 17, 1886.) — De la conduite à tenir dans la délivrance abortive, par Fochier. (*La Province méd.*, 8 janv.)

Acné. — Quelques points relatifs au traitement de l'acné, par Kent Spender. (*Lancet*, 8 janvier.)

Actinomycose. — Notes cliniques et histologiques sur un cas d'actinomycose cutanée chez l'homme, par Majocchi. (*Ateneo med. Parmense*, janv.) — Un cas d'actinomycose de l'homme, par M. Skerritt. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 75.) — Un cas d'actinomycose de la paroi abdominale, par V. Subbotic. (*Pester med. chir. Presse*, n° 46, 1886.) — De l'actinomycose chez l'homme, par Braun. (*Corresp. bl. d. allg. aerztl. Ver. v. Thüringen*, n° 2.)

Aérothérapie. — Pneumatothérapie, par S. Solis Cohen. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.)

Ainhum. — Note sur un cas d'ainhum, par F. Shepherd. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janvier, p. 137.)

Albuminoïdes.—Séparation et dosage des matières albuminoïdes des liquides de ponction, par Garnier. (*Journ. de pharm.*, 1er mai.)

Albuminurie. — Albuminurie intermittente cyclique des jeunes sujets, par Teissier. (*Lyon méd.*, p. 363, 13 mars.) — Albuminuries palustres, par de Brun. (*Semaine méd.*, 30 mars.) — Albuminurie et traumatisme, par Duménil. (*Normandie médicale*, 1er janvier.) — Des lésions du placenta dans l'albuminurie, par Rouhaud. (*Thèse de Paris*, 17 fév.)

Alcoolisme. — L'alcoolisme d'après Colajanni, par Rossi. (*Arch. di psichiat.*, VII, n° 6.) — L'alcoolisme, ses conséquences morales et ses causes,

par Colajanni. (In-8°, *Catane.*) — De l'alcoolisme aigu et chronique dans ses rapports avec l'épilepsie, par Desforges. (*Thèse de Paris*, 4 mai.) — De la descendance des alcooliques, par Grenier. (*Thèse de Paris,* 21 avril.) — Alcoolisme et syphilis cérébrale, par de Renzi. (*La Riforma med.*, 9 avril.) — De l'intoxication professionnelle des dégustateurs de vins et de liqueurs, par Donnet. (*Annales méd. psych.*, janv.) — Alcoolisme chez un enfant de 4 ans. Démence et épilepsie symptomatiques de méningo-encéphalite. Diphtérie, par Bourneville. (*Progrès médical*, 29 janvier.) — Trois cas de paralysie alcoolique avec autopsie, par Hadden. (*Brit. med. J.*, 15 janv.) — Du pseudo-tabes alcoolique, par Dreyfus-Brisac. (*Gaz. hebd. de méd.*, 28 janv.) — Intoxication par l'alcool amylique, par Lescœur. (*Bull. méd. du Nord,* mars.) — La strychnine comme antidote de l'alcool, par Jarochewski. (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*)

Aliénation. — La loi sur les aliénés devant le Sénat, par Baume. (*Annales med. psych.,* janv.) — Le jugement des aliénés par le jury devant le tribunal de Chicago. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Essai sur la réforme de l'interdiction des aliénés, par Martin. (*Encéphale,* n° 1.) — Mouvement de l'aliénation mentale à Paris (1872-1885), par Planès. (*Annales méd. psych.,* janv.) — Du rôle du rêve dans l'évolution du délire, par Chaslin. (*Thèse de Paris,* 26 janv.) — Persécution, par Ant. Ritti. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Quelques cas de folie morale, par Verga. (*Arch. di psichiat.,* VIII, 1.) — Variétés de la folie morale et de l'épilepsie, par Lombroso. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 1.) — La folie érotique, par B. Ball. (*Encéphale*, n° 2.)—Erotomanes, exhibitionnistes, nymphomanes, masturbateurs, corps étrangers du rectum, par Brouardel. (*Gaz. des hôp.*, 14 mai.) — De la manie, par Magnan. (*Bulletin méd.*, 15 mai.) — Considérations générales sur la folie; des héréditaires ou dégénérés; les intermittences, par Magnan. (*Progrès médical*, 12 mars.) — Une famille de dégénérés, par Séglas. (*Soc. méd. psychol.,* 28 fév.) — Un dégénéré juvénile héréditaire, par Mabille et Ramadier. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Folie à double forme, par Hoffmann et Régis. (*Ibid.*, mai.)—Des rapports du délire hypochondriaque et du délire ambitieux; succession ou coexistence de ces deux délires chez les mêmes malades, par Baillarger. (*Ibid.*, mai.) — Folie morale : considérations tendant à démontrer la nécessité d'une pathologie cérébrale plus précise, par J.-H. Lloyd. (*Journal of nervous and mental diseases,* n° 11, 1886.)—Le diagnostic précoce de la mélancolie commençante, par Josselyn. (*Med. News,* 19 mars.)—État de la mémoire dans les vésanies, par Baret. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — L'odorat chez les fous, par Venturi. (*Arch. di psichiat.*, VII, n° 6.) — Deux cas de folie syphilitique chez des alcooliques, et présentant des symptômes de paralysie générale, par Urquart. (*Journ. of mental sc.*, janvier.) — Des escarres chez les aliénés, par Foissac. (*Thèse de Paris*, 4 janv.) — Recherches sur le sang des aliénés, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniat.,* XII, 4.) — Études ophtalmoscopiques sur la manie aiguë, par Lautenbach et Bennett. (*New York Journ. of nerv. and mental diseases*, 1886, n° 13.)— Des ophtalmies chez les aliénés, par Couderc. (*Thèse de Paris*, 28 avril.) — Curabilité de la folie, par Pierret. (*La Province méd.*, 9 avril.) — La curabilité de la folie, par Earle. (In-8°, *Philadelphie.*) — Sur quoi peut-on se baser pour établir l'opportunité de la mise en liberté des aliénés? par Newington. (*Journ. of mental sc.*, janvier.)

Alimentation. — De la ration alimentaire en général; application au soldat, par de Montéty. (*Thèse de Paris*, 4 janv.)—De l'alimentation végétarienne exclusive ou prépondérante dans ses rapports avec l'état de santé et de maladie, par Helny Ahbas. (*Thèse de Montpellier*, n° 12.)

Allaitement. — L'allaitement mercenaire, par L. Perrier. (*Thèse Montpellier*, nº 8.)

Amnios. — Contribution à l'histoire de l'hydramnios, par Wilson. (*Americ. Journ. of obst.*, janv.)

Amputation. — L'amputation du membre supérieur dans la contiguïté du tronc, amputation inter-scapulo-thoracique, par P. Berger. (In-8º, 371 p., *Paris.*) — Extirpation totale de l'épaule, par Andradas. (*El Siglo med.*, 5 déc. 1886.) — Amputation du membre supérieur (y compris l'omoplate et une partie de la clavicule) pour un sarcome osseux, par Paul Swain. (*Lancet*, 1er janvier.)—Amputation des deux avant-bras sur un enfant âgé de 8 ans, par suite de l'écrasement des deux mains. Application de deux appareils prothétiques, par Léon Dufour. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 47-48.) — Deux cas de désarticulation de la hanche par le procédé de dissection, par Piéchaud. (*Ibid.*, XIII, p. 9-10.) — Une amputation telle qu'on les pratiquait au seizième siècle, par Treves. (*Lancet*, 8 janvier.)

Amygdale. — Une épidémie d'amygdalite exsudative chez les enfants, par Raven. (*Practitioner*, avril.) — Ligature de la carotide primitive pour une ulcération de la carotide interne due à un abcès de l'amygdale, par Postempski. (*Gaz. med. di Roma*, 15 fév.) — De l'épithélioma primitif de l'amygdale, par Dezac-Drecq. (*Thèse de Paris*, 18 fév.)

Anémie. — Anémie profonde résultant d'une hypertrophie du foie, par Lacaze. (*Journ. de méd. de Paris*, 17 avril.)

Anesthésie. — Du choix de l'éther ou du chloroforme comme anesthésique, par Gerster, Weir, Knapp, etc. (*N. York Acad. of med.*, 7 avril.) — Les impressions d'un éthérisé. (*Rev. scientif.*, 23 avril.)—Des procédés mixtes en anesthésie, et en particulier de l'action combinée du chloroforme et de l'hypnotisme, par Bidot. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — Sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire, par Paillasson. (Broch., *Paris.*) — Oscillations de la pression sanguine intraventriculaire pendant l'anesthésie avec la morphine, par Fick. (*Berl. klin. Woch.*, 26 avril 1886.) — Quelques cas de mort subite avec l'éther, par Reeve. (*Med. News*, 22 janv.) — Mort par le chloroforme et l'éther, par Packard. (*Med. News*, 5 fév.) — Accident (non suivi de mort) avec la mixture A. E. C. (mélange de 1 p. alcool, 2 de chloroforme, 3 d'éther), par Packard. (*Med. News*, 8 janv.) — De la nécessité de l'examen de la bouche avant l'anesthésie, par Trossat. (*Lyon méd.*, 16 janv.) — Anesthésie locale par une injection de chlor. de cocaïne dans l'opération de la fistule à l'anus, par Hamon du Fougeray. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Anesthésie par la cocaïne, par Fillenbaume. (*Wiener med. Wochenschrift*, nº 11, 326.) — Sur un moyen de provoquer l'anesthésie chez le lapin, par Straus. (*Soc. biol.*, 29 janvier.) — Anesthésie des rongeurs par l'acide carbonique. Application du procédé de Paul Bert, par Gréhant. (*Soc. biol.*, 29 janvier et 12 mars.) — Sur l'anesthésie des rongeurs produite par le chloroforme, par Gréhant. (*Soc. biol.*, 5 février.) — L'acide carbonique, anesthésique sûr, facile et sans danger, par Ozanam. (*Soc. biol.*, 19 février.) — Hémianesthésie hystérique et hémianesthésies toxiques, par Charcot. (*Bulletin méd.*, 25 mai.) — Hémianesthésie, par Burlureaux. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)

Anévrisme. — Étude des anévrismes emboliques, par Pel. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.)—Un signe graphique important pour le diagnostic des anévrismes intracavitaires, par G. Rummo et Ferrannini. (*La Riforma med.*, 20 avril.) — Anévrisme cirsoïde, traité par la ligature simultanée des deux

carotides externes, par MARKOE. (*N. York surg. Soc.*, 8 fév.) — La méthode de Baccelli pour le traitement des anévrismes de l'aorte, par FALCONE. (*Gaz. d. ospitali*, n° 22.) — Anévrisme de l'aorte abdominale, annoncé, un mois avant la mort, par une douleur et un gonflement subit de la jambe, par H. GOODRIDGE. (*Brit. med. J.*, p. 104, janv.) — Anévrisme de l'artère brachio-céphalique, ligature de la carotide et de la sous-clavière; diminution de la poche, par MAC BURNEY. (*N. York surg. Soc.*, 12 janv.) — Anévrisme du tronc brachio-céphalique traité par la ligature simultanée de la carotide primitive et de l'artère sous-clavière, guérison, par WHARTON. (*College of phys. of Philadelphia*, 2 mars.) — Anévrisme de l'artère cœliaque, par BACCELLI. (*La Riforma med.*, 15 janv.) — Fracture de jambe; anévrisme faux consécutif; compression indirecte. Guérison, par MATHELIN. (*Arch. méd. milit.*, n° 3, p. 234, mars.) — Un cas d'anévrisme traumatique de la fémorale, par GALLOZZI. (*La Riforma med.*, 10 fév.)

Angine. — Traitement des angines névralgiques, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1.) — Angine de poitrine à siège épigastrique et à forme pseudo-gastralgique, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 février.) — A propos de l'angine de poitrine, par GÉRIN ROZE. (*Ibid.*, 11 mars.) — Nature artérielle et traitement de l'angine de poitrine vraie, par HUCHARD. (*Ibid.*, 25 mars.)—Sur la curabilité de l'angine de poitrine vraie par la médication iodurée, par HUCHARD. (*Ibid.*, 22 avril.)

Angiome. — Traitement des angiomes, par DIDIER. (*Thèse de Paris*, 22 mars.)

Anomalie. — Anomalie du nerf médian et de la veine jugulaire interne, par WILLIAMS. (*Journ. of anat.*, janv.) — Anomalies nerveuses et musculaires, par WINDLE. (*Ibid.*) — Anomalies de l'ouraque, par J. FREER. (*Annals of surgery*, février, p. 107.) — Anomalie de rapports de l'artère obturatrice, par ROCHARD. (*Arch. de méd. navale*, mai.)

Anthrax. — De l'anthrax dans les Indes, par BURKE. (*Veterinary Journ.*, fév.)

Anthropologie. — L'espèce humaine, par DE QUATREFAGES. (*Rev. scientif.*, 21 mai.) — Qu'est-ce que l'homme pour un anatomiste? par TESTUT. (*Rev. scientif.*, 15 janv.)

Antiseptique. — Sur la valeur antiseptique du café torréfié, par HEIM. (*Münchener med. Woch.*, n° 16.) — Les essences au point de vue de leurs propriétés antiseptiques, par CHAMBERLAND. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril.) — Antisepsie et antiseptiques dans la thérapeutique chirurgicale, avec appendice sur l'emploi de quelques antiseptiques dans la médecine interne, par TURAZZA. (In-12, 217 p., *Milan.*)

Anus. — Des diverses formes d'abcès péri-anaux et de leur traitement, par RECLUS. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 22 avril.) — Excision complète d'une fistule anale, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 12 janv.) — 5 cas d'imperforation anale, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 407, 20 mars.) — Fistule à l'anus; traitement des abcès de la marge de l'anus, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 9 avril.) — Colotomie inguinale, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 12 janv.) — Colotomie iliaque et colotomie lombaire, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 3 mai.)

Aorte. — Athérome de l'aorte et sclérose du myocarde, par PERNICE. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 1.) — Aortite et anévrisme de l'aorte d'origine syphilitique, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 12 janv.) — Sur l'aortite aiguë, par HIRTZ. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 avril.)

Appareils. — Sur l'altération des instruments en caoutchouc vulcanisé, par

BALLAND. (*Journ. de méd. de l'Algérie*, mars.) — Aiguilles courbes pour la suture des parois abdominales, par LANGE. (*N. York surg. Soc.*, 23 fév.) — Description d'un piston enregistreur pouvant remplacer le tambour de Marey ; piston enregistreur liquide, par ELLIS. (*Journ. of physiol.*, VII, p. 309.) — Description d'un schéma cardiaque en gomme, par J. TEREG. (*Archiv für Anat. und Physiol. suppl. Band*, 1886, p. 263.) — Nouveaux modèles de sondes à demeure, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 735.) — Nouvelle forme de suspensoir, par IHLE. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 4.) — Pessaire, par AUVARD. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Artère. — Naissance prématurée de l'artère fémorale profonde, par ROBIN. (*Lyon méd.*, p. 544, 17 avril.) — Embolie de l'artère mésentérique supérieure. Mort. Autopsie, par LAVERAN. (*Arch. de méd. milit.*, n° 3, p. 227, mars.) — Contribution à la séméiologie du rétrécissement des artères du membre supérieur, par LEUDET. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 17 mars.) — Le diagnostic des artérites, par POTAIN. (*Rev. de clin. et thér.*, 24 fév.) — Contribution à l'étude de l'endartérite oblitérante, par PEABODY. (*Med. Record.*, 17 juillet 1886.) — Obs. de ligature de la carotide primitive pour un traumatisme, guérison, par A. REVERDIN. (2e *Cong. franç. de chir.*, 1886.) — Ligature de la carotide externe, relation de 5 cas, par WYETH. (*Med. News*, 19 mars.) — Rupture de la carotide interne suite d'une nécrose du temporal, par SUTPHEN. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, 3 et 4.) — Double ligature de l'artère crurale et de l'artère iliaque externes droites, par MONTEILS. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 77-80.)

Articulation. — Épaule ; anatomie et physiol., par A. HEYDENREICH ; pathologie, par F. LAGRANGE. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Hanche ; pathologie, médecine opératoire, par ROHMER. (*Ibid.*) — Entorse, par F. LAGRANGE. (*Ibid.*) — Deux cas d'arthrite tuberculeuse ancienne du genou, avec ankylose vicieuse ; résection et suture osseuses ; guérison, par BILTON POLLARD. (*Lancet*, 29 janvier.) — Arthrite tuberculeuse commençante ; arthrotomie ; guérison complète sans ankylose, par CALLIOUZIS. (*Rev. de chir.*, janv.) — Traitement des affections articulaires par l'électricité, leur pathogénie, par DANION. (In-8°, *Paris.*) — Les opérations sur le genou pratiquées à la campagne, par HAGEN TORN. (2e *Cong. des méd. russes*, *Moscou.*) — Corps étranger intra-articulaire du genou, d'origine osseuse et de nature traumatique, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 470, 3 avril.)

Asthme. — Des théories pathogéniques de l'asthme, par SCHLEMMER. (*Union médicale*, 22 février.) — De l'asthme d'origine nasale, par DUSSEAUD. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — De l'asthme bronchique, par LEYDEN. (In-8°, *Berlin.*) — Étiologie et traitement de l'asthme, par E. KUH. (*Journ. of Am. med. Ass.*, 29 janvier.) — Sur quelques formes cliniques de l'asthme et leur nature, par F. FEDELI. (*Medicina contemporanea*, juillet 1886.) — Traitement de l'asthme par la pyridine, par WYSS. (*Fortschritt d. Med.*, n° 1.) — Du lait ioduré dans l'asthme, par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*Journ. de méd. de Paris*, 30 janv.)

Auscultation. — Mode de production de quelques phénomènes acoustiques dépendant du catarrhe bronchique, par FELETTI et APPOLONIO. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 8, 1886.) — Nouvelles recherches sur la transmission de la voix aphone à travers les liquides de diverse nature, par LEANDRA SIMONINI. (*Rassegna di sc. med.*, II, n° 3.) — Signes stéthoscopiques, par PIGNOL. (*Thèse de Paris*, 26 mai.)

B

Bain. — Influence des différents bains sur la destruction des matières albuminoïdes, par Dommer. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, p. 510.) — De la température du corps dans les bains de vapeur chaude, sous l'influence des substances antipyrétiques, par Fr. Mueller. (*Gerhardt's Mittheil. der med. klin. zu Würzburg*, 1886. *B.* II, p. 149.)

Bassin. — Du bassin cyphotique, par Lauro. (*Ann. di ostetricia*, n° 1 et 2.) — Viciation rare du bassin par cyphose, par Pinard. (*Bull. méd.*, 22 mai.) — Fracture du bassin par écrasement; rupture de la vessie, mort; autopsie, par Mason. (*Lancet*, 22 janvier.)

Béribéri. — Courte étude sur le béribéri, par Roosevelt. (*New York med. Record,* n° 8.)

Biliaires (Voies). — Action de la bile sur les mouvements du cœur, par Spallitta. (*Arch. per le sc. med.*, n° 1.) — Quelques cas de lithiase biliaire, par Bristowe. (*Lancet*, 19 février.) — Tuberculose des voies biliaires, par Toupet. (*Soc. anat.*, 12 novembre 1886.) — De la possibilité d'établir pratiquement une fistule artificielle entre la vésicule biliaire et le duodénum, par J. Mac. Gaston. (*Brit. med. journ.*, p. 267, février.) — Cholécystotomie pour une hydropisie de la vésicule biliaire avec calculs, par Hofmokl. (*Med. chir. Centralb.*, n° 6.) — Cholécystotomie pour hydropisie de la vésicule biliaire, guérison, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.* XIII, p. 118, 119.)

Biologie. — La sélection physiologique, par de Varigny. (*Rev. scient.*, 9 avril.)

Blennorragie. — Influence de quelques substances thérapeutiques sur le développement du microcoque de la gonorrhée, par Carazzi. (*Sperimentale*, janvier.) — Sur la réaction du pus blennorragique, par Aubert. (*Lyon méd.* 8 mai.) — Parotidite compliquant la blennorragie, par Curtis. (*New York med. Journ.*, n° 13.) — Un cas singulier de rhumatisme blennorragique, par Fischer. (*Münchener med. Woch.*, n° 2.) — Sur la nature de l'arthrite blennorragique, par Tommasoli. (*Giorn. ital. d. mal vener.*, XXII, 1.) — Arthrite blennorragique, par A. Fraenkel. (*Charité-Annalen*, 1886, p. 182.) — Traitement mécanique de l'érection douloureuse, par A. Jamin. (*Lyon méd.*, 20 mars.) — Du traitement de l'urétrite infectieuse, par Petersen. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 9.) — Traitement de la blennorragie chronique, par Von Stanner. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 6.) — D'un appareil simple pour le traitement de l'urétrite aiguë et subaiguë, par Finger. (*Allg. med. Zeitung*, 9 novembre 1886.) — Du traitement abortif de la gonorrhée par Welander. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 4.) — Traitement de l'urétrite par les injections d'éther iodoformé, par Lebrun. (*La clinique*, 17 février.)

Bronche. — Sur la pathogénie des dilatations bronchiques et les bronchopneumonies qui les accompagnent, par Leroy (*Arch. de physiol.*, XIX, 2.) — Un cas de bronchite chronique pseudo-membraneuse, par A. Johnson. (*Journ. of. Amer. med. Ass.*, 15 janvier, p. 60.) — Dilatation des bronches. Hémoptysie, mort, par Cornil et Jocqs. (*France méd.*, n° 49.) — Étude des bronchectasies atélectasiques, par Herxheimer. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, 12 février.)

C

Cancer. — De la leucocytose dans les cancers, par ALEXANDRE. (*Thèse de Paris*, 4 mai.)

Cartilage. — Sur la formation cloisonnée (substance trabéculaire) du cartilage hyalin fœtal, par RENAUT. (*Acad. des sciences*, 23 mai.)

Cellule. — Des vacuoles des cellules caliciformes, des mouvements de ces vacuoles et des phénomènes intimes de la sécrétion du mucus, par RANVIER. (*Acad. des Sciences*, 21 mars.)

Cerveau. — Anatomie fine du corps strié et du thalamus optique, par MARCHI. (*Riv. sper. di freniat.* XII, 4.) — Structure de la glande pinéale, par CIONINI. (*Riv. sper. di freniat.* XII, 4.) — Encéphale; anatomie, par G. HERMANN; physiologie, par François FRANCK et PITRES. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Encéphalite, par X. ARNOZAN (*Ibid.*)— Encéphalocèle, par A. SANNÉ. (*Ibid.*) — L'activité cérébrale, par HERZEN. (*Revue scientifique*, 22 janv.) — Sur les variations physiologiques diurnes et nocturnes du pouls du cerveau, par RUMMO et FERRANNINI. (*Acad. des sciences*, 31 janv.) — De la répartition du sang circulant dans l'encéphale, par SPEHL. (*Encéphale*, nº 1.) — Extirpation bilatérale du gyrus sigmoïde chez un très jeune chien, par HERZEN et LŒWENTHAL. (*Rev. méd. Suisse romande*, V, p. 305.) — Anomalie cérébrale, par LEMOINE. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, II, nº 8.) — Cerveau d'une enfant microcéphale, par MINGAZZINI et FERRAREZI. (*Arch. di psichiatria*, VII, nº 6.) — Diagnostic des maladies cérébrales, par NOTHNAGEL. (*Wiener med. Blätter*, nº 13.) — Quelques observations cliniques et anatomiques de lésions cérébrales, par D. DRUMMOND. (*Lancet*, 1er janvier.) — Un cas de surdité verbale, par BIANCHI. (*Il Progresso med.*, nº 1.) — L'exercice du langage et l'aphasie, lésions anatomiques et schéma, par FERRAND. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars.) — Note sur un cas d'aphasie d'origine syphilitique, caractérisée par de l'aphémie, de l'agraphie, de la surdité verbale et un certain degré de cécité verbale, par COURTADE. (*Encéphale*, nº 2.) — Cécité verbale, classification des formes d'aphasie, par THOMSON. (*N. York med. Record*, nº 11.) — Les tremblements præ et post hémiplégiques et leurs rapports avec les affections cérébrales, par STEPHAN. (*Rev. de méd.*, mars.) — Dégénération fasciculée descendante consécutive à une lésion en foyer de la substance corticale cérébelleuse, par BORGHERINI. (*Riv. sper. di freniatria*, XII, fasc. 111.) — Sclérose disséminée cérébro-spinale, par MADER. (*Med. chir. Cent.*, nº 7.) — Ramollissement jaune (embolique) dans l'écorce du gyrus præcentralis à gauche, par MADER. (*Med. chir. Centralb.*, nº 6.) — Abcès du lobe temporal gauche, absence d'aphasie, ouverture dans le ventricule latéral, mort, par HÜNEREIGROSSER. (*Med. chir. Centralb.*, nº 5.) — Extirpation d'une tumeur sarcomateuse du cerveau, mort, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 8 fév.) — Deux cas de dégénérescence kystique de la glande pinéale, par SELCOCK. (*Path. soc.; Brit. med. journ.*, 11 déc. 1886.) — Observation de tumeur cérébrale, par WANNEBROUCQ. (*Bull. méd. du Nord*, fév.) — De la compression et de la compressibilité cérébrales, par GRESHEY. (*Allg. Zeit. f. Psych.* XLIII, 3.) — Hautes doses d'iodure de potassium dans un cas d'affection cérébrale probablement spécifique, par MILLIKIN. (*Med. News*, 12 fév.)

Cervelet. — Le cervelet participe-t-il à l'exercice de l'intelligence? Réponse

affirmative tirée de l'examen des faits d'atrophie cérébelleuse, par Bitot. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 déc. 1886.)

Césarienne (**Op.**). — Les cinquante premières opérations césariennes par la méthode de Sänger, par R. Harris. (*Med. News*, 26 mars.) — De l'opération césarienne, par Bar. (*Semaine méd.*, 2 fév.) — Amputation utéro-ovarique pour un bassin ostéomalacique, enfant sauvé, mère morte, soixante-seize heures après, de péritonite sèche, par Brachini. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 13.) — Encéphalite suppurée chez une primipare à terme ; enfant sauvé par l'opération de Porro, par Alexander. (*Lancet*, 22 janvier.)

Chancre. — Étude sur la nature du chancre mou et sur l'infectiosité des projections syphilitiques tertiaires, par Finger. (*Allg. Wiener med. Zeit.* 1er mars.)

Charbon. — Le charbon symptomatique du bœuf, par Arloing, Cornevin et Thomas. (In-8°, 2e édit. *Paris.*) — Les spores du bacillus anthracis sont réellement tuées par la lumière solaire, par Arloing. (*Acad. des sciences*, 7 mars.) — A propos d'une pustule maligne bénigne, par Rochet. (*Province méd.*, 16 avril.) — Du charbon, par Frank. (*Zeit. f. Hygiene*, I, 3.)— Épidémie amenant la mort de trois personnes après l'absorption de viande d'une vache malade, s'agissait-il de charbon? par Spamer. (*Deut. Arch. f. klin. Med.* XL, I, p. 187.) — Notice sur le charbon bactérien et la vaccination préventive, par Despruniée. (In-8°, *Pont-Audemer.*) — Sept cas de pustule maligne traités avec succès par l'excision, par Bryant. (*Lancet*, 19 février.)

Chirurgie. — Les principes et la pratique de la chirurgie opératoire, par S. Smith. (In-8°, *Philadelphie.*) — La révolution de la chirurgie, par Follet. (*Mém. de la Soc. des sc. de Lille*, 1886.) — Traité de technique pour les opérations et les bandages, par Mosetig Moorhof. (In-8°, *Vienne.*)

Chlorose. — Des pseudo-chloroses, par Barié. (*Rev. gén. de cliniq.* 17 mars.) — Thrombose spontanée de l'artère pulmonaire ayant déterminé la mort chez une chlorotique, par Rendu. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 avril.)

Choléra. — Réaction chimique pour les bactéries du choléra, par Bujwid. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 1.) — Sur la présence du bacille virgule dans le liquide céphalo-rachidien, par de Simone. (*Giorn. intern. d. scienze med.*, n° 1.) — La biologie des vibrions du choléra, par Klebs. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, nos 1 et suiv.)— Biologie du bacille virgule en rapport avec les diverses phases de l'épidémie cholérique et les formes cliniques de la maladie, par Zasslein. (*La Riforma med.*, 26 mars.) — Recherches microscopiques sur le contenu de l'intestin dans des cas de choléra chez des Indous, par Weisser et Frank. (*Zeit. f. Hygiene*, I, 3.) — Recherches expérimentales sur la généralisation de l'infection cholérique, par Tizzoni et Cattani. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 3.)—Le choléra au Chili. (*Veroeffentl. d. kais. Gesundh.*, n° 14.)

Chorée. — Des relations du rhumatisme articulaire avec la chorée, deux cas, par Brieger. (*Berl. klin. Woch.*, 8 mars 1886 — Rapports entre la chorée, le rhumatisme et l'endocardite, 69 cas de lésion cardiaque sur 92 cas de chorée, par Prior. (*Berl. klin. Woch.*, 11 janv. 1886.) — Recherches statistiques sur la chorée au point de vue étiologique, par Stephen Mackenzie. (*Brit. med. journ.*, p. 425, févr.) — Les abus scolaires et leur influence sur le développement de la chorée, par O. Sturges. (*Lancet*, 15 janvier.) — Sur un cas de spasmes convulsifs et rythmiques rappelant les cas de pseudo-chorée publiés sous la rubrique de chorée électrique,

par F. Leclerc et Royer. (*Revue de médecine*, février.) — Note sur un cas d'hémichorée prœhémiplégique, par Gingeot. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 février.) — Hémichorée, par Burlureaux. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Traitement de la chorée par les injections d'arsenic, reproduction des conclusions de Widerhoefer (*R. S. M.*, XXVIII, 68), par Fruhwald. (*Jahrb. f. Kinderh.* XXIV, 1 et 2.)

Choroïde. — Sur la structure de la choroïde et sur l'analogie des espaces conjonctifs et des cavités lymphatiques, par E. Hache. (*Acad. des Sciences*, 4 avril.)— Deuxième note sur le sarcome de la choroïde, par Dehenne. (*Union médicale*, 1er janvier.)

Cicatrice. — Chéloïde cicatricielle de la jambe, par Mazziotti. (*La Riforma med.*, 28 mars.)

Circulation. — Influence de la pesanteur sur la circulation, par E. Wagner. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 371.)

Climat. — Le climat de la Haute-Engadine et son action physiologique pendant et après l'acclimatement, par Veraguth. (*Thèse de Paris*, 18 mars.)

Cocaïne. — Action de la cocaïne sur les nerfs périphériques, par Alms. (*Arch. f. Anat. und Phys. suppl. Band*, p. 293, 1886.) — Sur l'action anesthésique de la cocaïne, par Gouguenheim. (*Soc. de thérap.*, 27 avril.)— Sur l'emploi de la cocaïne dans les staphylorraphies partielles, par Ehrmann. (*Bull. acad. de méd.*, XVI, n° 43.) — De l'emploi du chlor. de cocaïne dans les extractions dentaires, par Andina. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, 440.) — De l'utilité, des doses, du mode d'emploi de la cocaïne dans l'opération de la lithotritie, par Dubuc. (*Union médicale*, 15 janvier.) — Empoisonnement par la cocaïne, injection de 3 centigrammes, par Mac Intyre. (*Saint-Louis med. and surg. journ.*) — Accidents causés par la cocaïne, par Dally, et discussion. (*Soc. de thérap.*, 23 mars.) — Dangers de la cocaïne, par Roberts, Hewitson, etc. (*Leeds and West riding med. chir. Soc.*, 4 mars.) — Les dangers de la cocaïne, par Mattison. (*Med. news*, 16 avril.)

Cœur. — Des nerfs et cellules ganglionnaires du cœur, par Eisenlohr. (*Diss. inaug. Munich*, 1886.) — Note sur l'activité cardiaque chez le carcinus mænas, par de Varigny. (*Soc. biol.*, 22 janvier.) — Changements électriques du muscle cardiaque mis en inactivité par l'excitation du pneumogastrique, par Gaskell. (*The journal of Physiology*, vol. VII, p. 451.) — Les mouvements du cœur et des intestins démontrés par la photographie, par G. Thompson. (*N. York acad. of med.*, 4 novembre 1886.) — Expériences sur les mouvements rythmiques du cœur, par G. Sée et Gley. (*Acad. des sciences*, 21 mars.) — Des déplacements physiologiques de la pointe du cœur, par Vincent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 fév.) — Nouvelles recherches sur le bruit de galop cardiaque, par Cuffer et Barbillion. (*Arch. de méd.*, mars.) — Pathologie générale des maladies du cœur, par Schott. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Observations pratiques sur les maladies du cœur. (*Wiener med. Blätter*, p. 371, n° 12.) — Sur les cardiopathies, par V. de Vincentiis. (*Il Morgagni*, février.) — Sur un cas de symphyse cardiaque, par A. Montefusco.(*Medicina contemporanea*, octobre et novembre 1886.) — Battements cardiaques diastoliques et modifications du rythme auriculo-ventriculaire, par Grocco. (*La Riforma med.*, 28 avril.) — Dyspnée cardiaque paroxysmique, par Loomis. (*Med. news*, 12 mars.) — De l'asystolie à forme hépatique, par Dumont. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Insuffisance tricuspidienne primitive par endocardite végétante, par Malibran. (*Union médicale*, 20 janvier.) — Rétrécissement

mitral pur. Étiologie, par Duroziez. (*Union médicale*, 27 janvier.) — Péricarde et péricardite, par Bernheim. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Endocardite, par J. Héricourt et E. Barié. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Étude expérimentale sur l'endocardite ulcéreuse maligne, par Mitchell Prudden. (*Am. journ. of the med. sc.*, p. 55, janv.) — Endocardite végétante, par Jocqs. (*Soc. anatomique*, 26 novembre 1886.) — De l'endocardite ulcéreuse aiguë des valvules de l'artère pulmonaire, par Weckerle. (*Münch. med. Woch.*, nos 32-36, 1886.) — Sur un cas d'endocardite végétante à forme infectieuse, par Pic. (*Lyon méd.* 13 mars.) — Endocardite maligne du cœur droit; ulcération et perforation des valvules sigmoïdes pulmonaires, par Hale White. (*Brit. med. J.*, p. 14, janv.) — Athérome de l'aorte et sclérose du myocarde, par Pernice. (*Arch. per le sc. med.*, n° 1.) — Arrêt du cœur dû à la sclérose des coronaires, par Thomas. (*Gaz. hebdomad.*, 11 mars.) — Un cas de myocardite avec rupture spontanée du cœur, par Klippel. (*Ann. méd. chir.*, fév.) — Contribution à l'étude des tumeurs du cœur (1 myxofibrome papillaire primitif, 2 cancers secondaires), par G. Martinotti. (*Gazz. delle Clin.*, 1886.) — Lipome de la cloison interventriculaire du cœur, trouvé chez une femme de 76 ans, morte subitement, par Handford. (*Brit. med. J.*, p. 156, janv.) — Plaie du cœur par une aiguille, mort, par Mokrzicki. (*Vratch*, n° 45, 1886.) — Plaie du cœur par une aiguille, hémopéricarde, compression du cœur, mort, par Machenaud. (*Arch. de méd. navale*, mai.) — Traitement de quelques formes d'affections valvulaires du cœur, par Sansom. (2e édit., *Londres.*) — Le calomel comme diurétique dans les affections du cœur, par Gebhardt. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 15 mars.) — La digitale, la fréquence du pouls et le bigéminisme cardiaque dans les maladies du cœur, par Murri. (*Bull. d. sc. med.*, janv.-fév.) — Sur les bons effets de la caféine dans les affections cardiaques, par Silveira. (*Bull. de thérap.*, 1er mars.)

Conjonctive. — De l'étiologie de la conjonctivite catarrhale égyptienne, par Kartulis (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 10.) — Recherches bactériologiques sur la xérosis conjonctivale et sur la panophtalmite, par Monti. (*Arch. per le scienze med.*, XI, n° 1.) — Des microorganismes du trachome, par Schmidt (*Russkaia med.*, n° 4.) — Du bacille de la xérose, par Schlaefke (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 6.) — Étude sur les conjonctivites granuleuses et leur traitement par les solutions de chloral, par Blanquinque. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 3 mars.) — Du traitement du trachome congénital par la cautérisation, par Mourruau. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — Du sublimé corrosif dans le traitement de quelques formes de conjonctivite granulo-trachomateuse, par Debenedetti. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 11.)

Contagion. — Les maladies transmissibles des animaux à l'homme et réciproquement, par P. Gamberini. (*Giorn. ital. d. mat. veneree*, XXII, 1.) — Immunité congénitale, par Kaltenbach. (*Arch. f. path. Anat.*, CI, Heft 1.)

Coqueluche. — Du traitement de la coqueluche (par la grindelia), par Cadet de Gassicourt. (*Soc. de thérap.*, 27 mai.) — Des fumigations d'acide sulfureux dans la coqueluche, par Mohn. (*Norsk. mag. f. Laegerid*, nov. 1886.) — Le traitement de la coqueluche, par L. Jumon. (*France méd.*, n° 41.) — De la quinine dans le traitement de la coqueluche, par Misrach. (*Bull. de thér.*, 1er mars.) — Du changement méthodique de chambre dans la coqueluche, par Jürgens. (*Jahrb. f. Kinderh.*, VII, p. 422.)

Cornée. — Formation de pigment dans la cornée, par S. de Jager. (*Arch. f. path. An. u. Phys.* Band 100, Heft 1, p. 193.) — De la régénération de l'humeur aqueuse après la paracenthèse cornéenne, par Leplat. (*Ann.*

d'oculistique, janv.-fév.) — Du coccus, cause de la kératite phlycténulaire, par BURCHARDT. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — Cas de kératite interstitielle avec ulcération cornéenne, par T. COLLINS. (*Royal London opht. hosp. Rep.* XI, 3.) — Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée, par DEHENNE. (*Union médicale*, 5 mai.) — Traitement des ulcères serpigineux de la cornée, par HIGGENS. (*Opthalm. Soc. of London*, 27 janv.) — Du cautère actuel dans le traitement des ulcères graves de la cornée, par RAYNAUT. (*Marseille méd.* n° 12, 1886.) — Fibrome de la cornée, par BENSON. (*Opht. Review* VI, p. 5.) — Ablation des plaques calcaires transversales de la cornée, par GUNN. (*Ophthalm. Soc. of London*, 27 janv.) — Traitement du kératocone par incision transversale de la cornée, par COWES. (*Ophth. Soc. of London*, 27 janv.) — Des tumeurs primitives de la cornée, par PANAS. (*Thèse de Paris*, 21 mai.)

Corps étranger. — Les divers procédés d'extraction des corps étrangers de l'oreille et des fosses nasales, par THÉMOIN. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév.) — Corps étranger de l'œsophage, pièce de 5 francs en argent, par VILLETTE. (*Bull. méd. du Nord*, mars.)

Cou. — Des abcès chroniques de la région sus-hyoïdienne, par DELOBEL. (*Thèse de Paris*, 13 mai.)

Couleur. — Contribution à l'étude du sens chromatique au moyen du chromatophotomètre de Colardeau, Izarn et Chibret, par CHIBRET. (*Rev. d'Opht.*, 27 fév.)

Crâne. — Sur les cellules aériennes du crâne des oiseaux, par Mlle BIGNON. (*Soc. biol.*, 22 janvier.) — Hyperostose diffuse des os du crâne, par POULET. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, XII, p. 755.) — Exostoses du crâne avec atrophie des nerfs optiques chez un garçon de 12 ans, par E. NETTLESHIP. (*Brit. med. journ.*, p. 283, fév.) — Hémiplégie due à un traumatisme crânien survenu au moment de la naissance, par BYROM BRAMWELL. (*Brit. med. journ.*, p. 1035, nov. 1886.) — Fracture comminutive avec enfoncement du frontal, trépanation, guérison, par ANDREWS. (*Philad. med. Times*, 5 mars.) —Fracture du crâne, hernie du cerveau, guérison, par W. HENRY. (*Journ. of Am. med. assoc.*, p. 150, 5 février.) — Fracture avec enfoncement de la voûte cranienne ; monoplégie brachiale consécutive ; trépanation; guérison, par PICK. (*Lancet*, 15 janvier.) — Aphasie consécutive à une fracture avec enfoncement de la région pariétale gauche, par TURNER. (*Lancet*, 15 janv.)

Criminalité. — Variations thermométriques et criminalité, par FERRI. (*Arch. de l'anthropol. criminelle*, II, n° 7.) — L'homme criminel, étude anthropologique et médico-légale, par C. LOMBROSO, traduit sur la 4e édil. ital., par REGNIER et BOURNET. (In-8°, *Paris*.) — La criminalité de Lyon comparée à la criminalité dans les départements voisins, par BÉRARD. (*Arch. de l'anthrop. criminelle*, II, n° 8.) — Nouveau critérium sociologique de la criminalité, par BALESTRINI. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 1.) — Observations anatomiques sur 75 crânes de criminels, par MINGAZZINI. (*Arch. di psichiat*, VIII, 1.)—L'œil des délinquants, par OTTOLENGHI. (*Arch. di psichiatria*, VII, n° 6.)

Cristallin. — Des progrès récents réalisés dans l'opération de la cataracte, par COPPEZ. (*Bruxelles*.) — Des procédés actuels d'extraction de la cataracte, par ABADIE. (*Progrès médical*, 27 mars.) — De la production artificielle de la cataracte par la naphtaline, par DOR. (*Rev. d'ophtalm.*, janv.)

Cataractes hémorragiques, par Fieuzal. (*Bull. de la clin. nat. opht.*, IV, 4.) — Cataracte noire, leçon de Burnett. (*Med. news*, 29 janv.) — Cataracte zonulaire et malformations dentaires, par Story. (*Ophtalm. Review*, oct. 1886.) — Statistique d'opérations de cataracte avant et depuis l'emploi de la cocaïne, par T. Collins. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 3.) — Extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte, par Peignon. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Neuvième et dixième série de cent cas de cataractes opérées par la méthode de Græfe, par Knapp. (*The New York med. Journ.*, 19 février.) — De l'extraction de la cataracte molle par injection, par Charles Lee. (*Brit. med. journ.*, p. 103, janv.) — L'abaissement de la cataracte est-il encore indiqué dans quelques cas? par Rampoldi. (*Ann. di ottalm.*, XV, p. 5 et 6.) — Extraction de la cataracte par un procédé simplifié, par Katzaouroff (2e cong. des méd. russes, *Moscou.*)— Des lavages de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte, par Khodine. (*Ibid.*) — Notes sur les extractions de cataractes séniles, par Baker. (*Americ. journ. of opht.*, IV, 1.) — Traitement consécutif des opérations de cataracte, par Ayres. (*Americ. journ. of opht.*, IV, 1.) — Indication des lavages intraoculaires après l'extraction de la cataracte, par Grandclément. (*Ann. d'oculist.*, janv.-fév.)—Sur les lavages de la chambre antérieure dans l'opération de la cataracte, par Chodin. (*Westn. ophtalmol.*, janv.-fév.) — Du lavage intraoculaire après l'extraction de la cataracte, par Terson. (*Société méd. Toulouse*, 11 janvier.) — Iridérémie totale congénitale, ectopie du cristallin avec luxation spontanée et glaucome consécutif, par Debenedetti. (*Ann. di Ottalm.*, XV, 2.) — Un cas de luxation du cristallin, par Lawford. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 3.)— Luxation du cristallin, par Anderson Critchett. (*Brit. med. journ.*, p. 102, janv.)

D

Démographie. — La population de la France, par J. Rochard. (*Rev. scient.*, 19 fév.) — Sur la population spécifique de Lyon, par Lacassagne. (*Lyon méd.*, 6 fév.) — La natalité à Lyon, par Lacassagne. (*Lyon méd.*, 13 mars.) — Relevé des centenaires au point de vue de leur condition sociale et de leur manière de vivre, par Humphry. (*Brit. med. Journ.*, 11 déc. 1886.)

Dent. — Manuel d'anatomie dentaire humaine et comparée, par Demontporcelet et Decaudin. (In-12, 148 p., *Paris.*) — Traité de prothèse buccale et de mécanique dentaire, par E. Andrieu. (In-8°, avec 358 fig., *Paris.*) — Contribution à l'odontogénie, par Debierre et Pravaz. (*Arch. de phys.*, 1er juillet 1886.) — De la dent de sagesse en général, et en particulier des accidents provoqués par son éruption, par Cornudet. (*Thèse de Paris*, 12 janv.) — Essai pathogénique de quelques troubles de la conjonctive survenus dans le cours des inflammations consécutives à des maux de dents, par Rumeau. (*Thèse de Paris*, 12 janv.)

Désinfection. — Sur la pratique de la désinfection par l'acide sulfureux, par Richard. (*Rev. d'hyg.*, IX, 4.) — De la désinfection à bord, par Proust. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVII, n° 5.)

Diabète. — Les causes émotives dans l'étiologie du diabète, par Falls. (*Philad. med. Times*, 5 fév.) — Du diabète, par Sniveli. (*Journal of Am. med. Ass.*, 22 janv.) — Du diabète phosphatique, par Henry Ralfe. (*Lan-*

cet, 26 fév.) — Du diabète, par Vocke. (*Neuwied.*) — Glycosurie et diabète traumatiques, par Butruille. (*Bull. méd. du Nord*, février.) — De l'albuminurie dans le diabète, par Maguire. (*Brit. med. Journ.*, p. 543, sept. 1886.) — De l'albuminurie dans le diabète sucré, par Pollatschek. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Eczéma vulvaire, gangrène spontanée de la verge chez des diabétiques, par Vaquez. (*France méd.*, n° 47.) — Observation de bronchopneumonie aiguë chez un diabétique, suivie de quelques réflexions sur l'action des eaux du Mont-Dore dans les cas de diabète, par Schlemmer. (*Ann. Soc. d'hydrol.*, XXXI.) — Sur la présence, dans le sang et dans l'urine de certains diabétiques, d'une nouvelle substance lévogyre, acide β-oxybutyrique, par Hugounenq. (*Lyon méd.*, 20 mars.) — Action de la belladone et de l'opium associés dans un cas de diabète aigu, par Villemin. (*Acad. des sciences*, 14 fév.) — Emploi de la saccharine dans le diabète, par Stutzer. (*Journ. de pharmac.*, XV, n° 4.) — Traitement du coma diabétique, par Lépine. (*Semaine méd.*, 22 fév.) — Traitement du diabète par l'eau chargée d'oxygène sous pression, par Le Blond. (*Union médicale*, 23 avril.)

Digestion. — Processus de la digestion chez certains rhizopodes, par Greenwood. (*The Journal of Physiology*, vol. VII, p. 253.)

Diphtérie. — Instructions populaires pour éviter la propagation de la diphtérie, par Vuira y Carreros. (In-12, *Barcelone.*) — Epidémie de diphtérie dans une école de Gorey-Workhouse, par Mouillot. (*Acad. of med. Ireland*, 25 fév.) — Etude sur la diphtérie dans la Seine-Inférieure, par Valin. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — Des affections croupales diphtéritiques chez nos animaux domestiques et leurs rapports avec la diphtérie de l'homme, par Puetz. (*Œsterr. Zeit. f. wiss. Veterinärk.*, I, 1.) — Rejet de pseudo-membranes moulées des amygdales et des piliers palatins à la suite de diphtérie, par J. Solis Cohen. (*Philad. County med. Soc.*, 12 janv.) — Un symptôme rare dans la diphtérie de la gorge, taches noires sur la peau, par Werner. (*Würtemb. Corresp. Blatt*, n° 7.) — Pronostic du croup, par Forcheimer. (*American Lancet*, février.) — Laryngite diphtéritique chez l'adulte, absence de pharyngite et de pseudo-membranes pharyngées, guérison, par Tissier. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Vingt-quatre cas de diphtérie du larynx, de la trachée et des bronches, par A. Fraenkel. (*Charité Annalen*, 1886, p. 196.) — De la paralysie diphtéritique, par Suckling. (*Birmingham med. Review*, janvier.) — Invasion parasitaire du labyrinthe et du rocher à la suite d'une diphtérie simple, par Moos. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, 1 et 2.) — Pendant l'incubation du croup, n'existe-t-il pas de médication antiseptique préventive? par Dumas. (*Bull. de Thér.*, janv., n° 2.) — Traitement local de la diphtérie, par Billington, et discussion. (*N. York Acad. of. med.*, 15 mars.) — Du traitement de la diphtérie par les applications antiseptiques locales, par V. Uckermunn. (*Norsk. Mag. for Lägevid*, 1886, n° 10.) — Le traitement local de la diphtérie, par Lewis Smith. (*Med. News*, 9 avril.) — Traitement de la diphtérie, par L. Jumon. (*France médicale*, n° 31.) — Traitement de la diphtérie par le cyanure de mercure, par J. Brec. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1886.) — Du traitement de la diphtérie, par Wachsmuth. (In-8°, *Berlin.*) — Traitement local de la diphtérie par le bichlorure de mercure, par Oatman. (*N. York med. Record*, 23 avril.) — Un nouveau remède pour la diphtérie, le bicarbonate de potasse (125 cas sans mort), par Morse. (*Virginia med. Monthly*, oct. 1886.) — Traitement de la diphtérie par l'acide oxalique, par Foca. (*Rev. de med. y cirug.*, 7 janv.) — Quelques mots à propos du traitement de la diphtérie, par Kaczorowski. (*Przegladlekarski*, n° 1.) — Du sublimé dans le traitement de la diphtérie, par Stumpf. (*Münch. medic. Woch.*, n° 12.) — Du

sublimé corrosif dans le traitement de la diphtérie (bons résultats), par Welcker (*Deutsche med. Zeitung.*, n° 6); — *idem*, par Korbsen, Massei, Rothe, Klein (succès douteux). (*Ibid.*, n° 17.) — Sur le traitement de la diphtérie par le benzoate de soude, par Misrachi. (*Bull. gén. de thér.*, janvier, n° 1.) — Nouveau cas de croup guéri par la médication térébenthinée, par M. Lewentaner. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 217.) — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie, par Paterne. (*Thèse de Paris*, 29 janv.) — De l'action favorable de l'essence de térébenthine dans le croup diphtéritique (1 cas), par M. Lewentaner. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 41.) — Traitement de la diphtérie, méthode Renou, par Barbot. (*Gaz. des hôp.*, 20 janv.) — De la trachéotomie précoce dans la diphtérie, par Watson Cheyne. (*Brit. med. Journ.*, 5 mars.) — La trachéotomie dans le croup et la diphtérie. (*Journ. of Laryngology*, I, n° 4.) —

Dysenterie. — De l'acétate d'alumine dans la dysenterie, par Vladimiroff. (*C. R. Soc. méd. d'Omsk*, n° 9, 1885.)

E

Eau. — Les rapports entre l'eau potable et la fièvre typhoïde, par Benjamin. (*New York med. Record*, n° 16.) — L'eau potable et la fièvre typhoïde, par Drouineau. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, n° 80.) — L'eau potable et la fièvre typhoïde, par A. Cartaz. (*La Nature*, avril.) — L'eau de Seine et la fièvre typhoïde, par Vallin. (*Rev. d'hyg.*, IX, 4.) — L'eau potable, par Brouardel. (*Rev. scientif.*, 26 février.) — Des bactéries pathogènes dans l'eau potable, par Kraus. (*Zeit. f. Hygiene*, VI, 2.) — Variations quantitatives des micro-organismes dans l'eau du Potomac pendant l'année 1886, par T. Smith. (*Med. News*, 9 avril.) — Sur le mode d'introduction des matières organiques dans l'eau distillée, par Lacour. (*Arch. de méd. milit.*, mars.)

Eaux minérales. — Efficacité des eaux thermales d'Acquarossa (Tessin), par Soffiantini. (*Giorn. ital. per le mal vener.*, fasc. 2.) — Des combinaisons hypothétiques en hydrologie, par Gautrelet. (*Journ. de méd. de Paris*, 13 février.) — Du rhumatisme aux eaux thermales de Luxeuil, par Cardot. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Note sur les périodes de la cure d'Allevard, par Baron. (*Annal. de la Soc. d'hydrol. méd.*, XXXI.) — Sur les eaux sulfureuses d'Olette, par Willm. (*Acad. des sciences*, 25 avril.) — La réforme de l'inspectorat des eaux minérales, par E. Bottentuit. (*France médicale*, n°s 33, 34.)

Éclampsie. — Éclampsie post partum guérie par l'hydrate de chloral, par Moggi. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 4.) — Éclampsie au 7e mois de la grossesse, sans influence sur celle-ci, par Léonard. (*France médicale*, 17 janvier.)

Eczéma. — Le styrax liquide dans le traitement de l'eczéma, par Falcone. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XII, 1.) — Le traitement de l'eczéma à Saint-Gervais, par Deligny. (*Broch. Vichy.*) — Sur le traitement de l'eczéma, par Letzel. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 4.) — Trois cas de guérison rapide d'eczéma traité avec la solution de permanganate de potasse, par B. Lawrence. (*Journ. of Amer. med Ass.*, 29 janvier, p. 92.)

Électricité. — Mesure de la résistance de la tête aux courants galvaniques, et de la valeur séméiologique de cette mesure, par Eulenburg. (*Zeit. f. klin.*

Med., XII, 4.) — Sur le magnétisme et le diamagnétisme des substances vivantes, par REGNARD. (*Soc. biol.*, 12 mars.) — De la résistance du corps humain pour la conductibilité électrique, par STINTZING. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 133.) — De la résistance à la conductibilité électro-physiologique dans le corps humain, et de son importance pour l'électro-diagnostic, par STINTZING et GRAEBER. (*Leipzig*, 1886.) — De la cataphorèse électrique, par BOCCOLARI. (*Rassegna di sc. med.*, II, n° 5.) — Phénomènes électriques accompagnant la secrétion cutanée chez la grenouille, par BAYLISS ET BRADFORD. (*The Journ. of Physiology*, vol. VII, p. 217.) — La recherche des pièces métalliques dans le corps, par la balance d'induction et la sonde téléphonique, par GIRDNER. (*New York Acad. of med.*, 3 février.) — La mort par l'électricité dans l'industrie ; ses mécanismes physiologiques, moyens préservateurs, par d'ARSONVAL. (*Acad. des sciences*, 4 avril.) — Traitement des affections articulaires par l'électricité, leur pathogénie, par DANION. (In-8°, *Paris.*) — Valeur de l'électricité dans certaines maladies des femmes et dans l'inertie utérine, par GRANDIN. (*New York obst. Soc.*, 15 février.)

Éléphantiasis. — Ligature de l'artère poplitée dans l'éléphantiasis de la jambe, par DAGNINO. (*Therap. Gaz.*, 15 février.)

Embryon. — Physiologie spéciale de l'embryon, recherches sur les phénomènes de la vie avant la naissance, par W. PREYER. (In-8°, *Paris.*) — Etude chimique de l'embryon, par RASKE. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1886.) — Sur l'anatomie d'un embryon humain de 32 jours, par PHISALIX. (*Acad. des sciences*, 14 mars.) — Physiologie spéciale de l'embryon, recherches sur les phénomènes de la vie avant la naissance, par PREYER. (Traduction de WIET. In-8°, 646 p., *Paris.*) — L'embryologiste et son œuvre, par DEBIERRE. (*La Province méd.*, 26 mars.)

Emphysème. — Emphysème, par D. MOLLIÈRE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Emphysème du cou et de la face, survenu dans le cours d'une bronchite capilaire, par KUMS. (*Ann. Soc. de méd. d'Anvers*, janvier.) — Emphysème sous-cutané consécutif au travail de l'accouchement, par BOXALL. (*Lancet*, 15 janvier.) — Étude sur l'emphysème traumatique général, par KLAUSSNER, (In-8°, *Munich.*)

Empoisonnement. — Empoisonnement, par GABRIEL POUCHET. (*Dict. encycl. des sc. médic.*) — Empoisonnement par la cocaïne, par KILHAM. (*Lancet*, 1er janvier.) — Sur certains caractères du pouls chez les morphinomanes, par BALL et JENNINGS. (*Acad. des sciences*, 21 mars.) — Du morphinisme chronique, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 11 janvier.) — Un cas d'empoisonnement par l'extrait de Cannabis Indica, par WERNER. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 317.) — Sur les dangers de la santonine, par LAURE. (*Lyon méd.*, 6 février, p. 197.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone, mort, par TEWELES. (*Med. chir. Centralb.*, n° 3.) — Accidents hémorragiques mortels du tube digestif, liés à l'ingestion des champignons comestibles, par PRUVOST. (*France médicale*, 15 février.) — Étude de l'empoisonnement par le fromage, par EHRHARDT. (*Vereinsbt. d. pfälz. Aerzte*, n° 1.) — Empoisonnement par des blancs d'œufs (putréfaction, formation de ptomaïnes), par GLASMACHER. (*Berl. klin. Woch.*, 4 oct. 1886.) — Empoisonnement aigu par le coton phéniqué chez une petite fille de 22 mois, par SIMON. (*Gaz. des hôp.*, 8 mars.) — Empoisonnement par l'éther sulfurique, par CARSINO DE MOURA. (*Gaz. hebdomad.*, 11 mars.) — Empoisonnement aigu par l'acide chromique, par LIMBECK. (*Prager med. Woch.*, 26 janvier.) — Empoisonnement par l'arsenic et momification, par LÖWIG. (In-8°, *Breslau.*) — De l'empoisonnement mercuriel chez les femmes en couche soumises aux lavages au su-

blimé, par R. Dakin. (*Transact. of obst. Soc. London*, XXVIII, 4, p. 211.) — Empoisonnement aigu par le phosphore, mort, par Kiemann. (*Med. chir. Centralb.*, n° 3.) — Sur un cas d'empoisonnement par l'acide nitrique, par Richardière. (*Ann. d'hyg.*, XV, p. 88.)

Endémie. — Endémie, par L. Colin. (*Dict. encycl. des sc. méd. XXXIV.*)

Enchondrome. — Enchondromes multiples (doigts, orteils, genou; volume exceptionnel), par Tillaux. (*Semaine méd.*, 5 janvier.) — Enchondrome, par A. Hénocque. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Enfant. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par Barthez et Sanné. (Tome II, *Paris.*) — Formulaire clinique et thérapeutique pour les maladies des enfants, par A. Veillard. (In-8°, *Paris.*) — La contagion à l'hôpital des Enfants malades, par Comby. (*Progrès méd.*, 23 avril.) — Les enfants nés avant terme, la couveuse et le gavage à la Maternité de Paris. par Berthod. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Quelques considérations cliniques sur le sclérème des nouveau-nés, par Murmeci d'Agata. (*Gaz. d'Ospit.*, n° 25.) — De la calorimétrie chez les enfants malades, par Langlois. (*Acad. des sciences*, 21 mars.) — Du gavage des nouveau-nés, par Bar. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 24 février.) — De l'onanisme chez les petits enfants, par Hirschprung. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 septembre 1886.) — De l'arthritisme dans l'enfance, par Deligny. (*Journ. de méd. de Paris*, 13 février.) — De l'anévrisme de l'aorte et de l'athéromasie aortique dans l'enfance, par Sanné. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, février.) — Hémiplégie spasmodique infantile, par Marie. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Névrites périphériques et paralysies douloureuses de l'enfance, par Chapin Dwight. (*N. York med. Record*, n° 3.) — Sur un cas de contracture chez un enfant, par Ribemont-Dessaignes. (*Ann. de gynécol.*, avril.) — Convulsions tétanoïdes dues à des troubles de la dentition chez un enfant de 9 ans, par Robertson. (*Brit. med. Journ.*, p. 112, janvier.) — Leçons sur la pathologie mentale de l'enfance et de la jeunesse, par Langdon Down. (*Brit. med. journ.*, p. 49, janvier.) — Trachéo-bronchite, du vomissement chez les enfants, par J. Simon. (*Gaz. des hôp.*, 12 mai.) — Formes cliniques, diagnostic et traitement de la broncho-pneumonie infantile, par J. Simon. (*Semaine méd.*, 2 mars.) — Le catarrhe bronchique chez les enfants, par James Carmichael. (*Edinb. med. Journ.*, p. 326 et p. 411, oct.-nov. 1886.) — De l'ivresse chez les enfants. A propos d'un enfant de 2 ans 1/2 ivre-mort, par Chaumier. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, février.) — Maladies des voies digestives chez l'enfant et l'adolescent, par Starr. (In-8°, *Edimbourg.*) — Sur les hypertrophies non douloureuses du foie chez l'enfant, par Starr. (*Therap. Gaz.*, 15 février.) — Coma diabétique chez un enfant, expérience de physiologie pathologique, par Prevost et Binet. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 mai.) — Diarrhée infantile, par Comby. (*Le Bulletin méd.*, 4 mai.) — De la claudication chez les enfants, par Broussolle. (*Rev. des mal. de l'enf.*, janvier 1887.) — De la litholapaxie chez les enfants, par Keegan. (*Broch. Londres.*) — Luxation du fémur chez un enfant de 3 ans, par Wenrich et Deppen. (*Med. News.*, 2 avril.) — Inefficacité du traitement opératoire dans certaines formes de sarcome chez les enfants, par de Saint-Germain. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, février.) — Sarcomatose presque universelle des os chez l'enfant, par Marchand. (*Berl. klin. Woch.*, 19 juillet 1886.)

Épidémies. — Épidémies, par L. Colin. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Épilepsie. — Du cerveau des épileptiques, par Dercum. (*Philad. med. Times*, 5 février.) — Sur les paralysies et anesthésies consécutives aux attaques d'épilepsie, par Burgé. (*Thèse de Paris*, 5 mars.) — Épilepsie, par Bur-

LUREAUX. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — De l'épilepsie infantile, par MONTEL. (*Thèse de Lyon*, n° 356.) — Attaques épileptiformes et hémorragie cérébrale, par MORDRET. (*Ann. méd. psych.*, janvier 1887.) — Du chlore de cocaïne dans l'épilepsie, par CAMERA. (*Il Progresso med.*, I, n° 7.) — Pathogénie et traitement de l'épilepsie, d'après 60 observations, par W. H. THOMSON. (*New York Acad. of med.*, 3 mars.) — Valeur de l'électricité dans le traitement de l'épilepsie, par ROCKWELL. (*Ibid.*) — Traitement du délire épileptique, par BESSIÈRE. (*Ann. méd. psych.*, mai.)

Épithélium. — Épithélial (tissu), par RENAUT. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Épithélioma. — Épithéliales (tumeurs), par HÉNOCQUE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)— Épithélioma calcifié, par MALHERBE. (2e *Cong. franç. de chir.*, 1886.) — Épithéliomas de la peau, bistouri ou chlorate de potasse, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 1er mars.) — Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse, par HYVERNAUD. (*Thèse de Paris*, 4 mai.) — Traitement du cancroïde de la peau par la résorcine, par JAJA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXII, 1.)

Érysipèle. — L'érysipèle facial est-il contagieux, par DRAPER. (*N. York med. Record*, n° 13.) — De la réviviscence des germes de l'érysipèle de la face dans les mêmes locaux et les mêmes saisons, par REYNAUD. (*Loire méd.*, 15 janvier.) — Érysipèle des voies aériennes supérieures, par PORTER. (*New England med. Monthly*, novembre 1886.) — Etudes sur 70 cas d'érysipèle, par SCHADECK. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 2.) — Épidémie d'érysipèle, par HERMANT et DALNE. (*Arch. méd. belges*, février.) — Érysipèle hépatique, par L. BOUCHER. (*France médicale*, n° 32.) — De l'érysipèle et des affections érysipélateuses à la suite de la variole et de la vaccine, par GATZEN. (*Deut. med. Zeit.*, VIII, n° 9.) — Anatomie pathologique de l'érysipèle à l'occasion d'une épidémie de fièvre typhoïde à Zurich, en 1884, par RHEINER. (*Arch. f. path. Anat. C. Heft* 2.) — Traitement de l'érysipèle par l'ichthyol, par KLAMANN. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 26 mars.) — Traitement de l'érysipèle et de la lymphangite, par HOFMOKL. (*Wiener med. Presse*, n° 4, 1886.) — Traitement de l'érysipèle par les lotions de sublimé et la liqueur de van Swieten, par VACHER. (*Progrès méd.*, 23 avril.) — Nouvelle méthode de traitement de l'érysipèle, par DE AMICIS. (*La Riforma med.*, 14 février.)

Érythème. — Érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant généralisé, par ROTILLON et GOUGELET. (*Annal. de dermat.*, n° 2.) — Sur une variété d'érythème passager survenant chez des individus soumis à la médication chloralique et alcoolique, par BARBILLION. (*Arch. de physiol.*, janvier.)

Estomac. — Les acides de l'estomac, par CATRIN. (*Arch. gén. de med.*, avril.) — Les colorants appliqués à la recherche et à la détermination de l'acide libre du suc gastrique et en général des acides dans les liquides organiques, par LABORDE. (*Bull. de thérap.*, 30 janvier.) — De la richesse en HCl du suc gastrique aux différents moments de la digestion, chez les sujets sains et chez ceux atteints d'ulcère de l'estomac, par S. ROTHSCHILD. (*Diss. Inaug. Strasbourg*, 1886.) — La dyspepsie cardiaque, par SOLARO. (*La Med. contemporanea*, mars.) — Des dyspepsies nerveuses, par DIMITRIPOULOS. (*Thèse de Paris*, 13 janvier.) — De la dilatation de l'estomac, par PERRET. (*La Province méd.*, 5 mars.) — Phénomènes réflexes d'origine gastrique, par POTAIN. (*Le Bulletin méd.*, 2 mars.) — Pathogénie et traitement des troubles réflexes d'origine gastrique, par POTAIN. (*Le Bulletin méd.*, 9 mars.) — De l'ulcère de l'estomac, par PERRET. (*Union méd.*, 19 mars.) — Les ulcérations gastriques, par MARFAN, (*Gaz. des hôp.*,

23 avril.) — Atrophie de la muqueuse gastrique coexistant avec une suppression de la secrétion d'acide chlorhydrique et un ulcère duodénal devenu cancéreux, par Ewald. (*Berl. klin. Woch.*, novembre 1886.) — Des affections chroniques de l'estomac, de l'intestin, symptômes, traitement, par Kopatschek. (In-8°, *Gray.*) — Hématémèse, par J. Arnould. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Quelques particularités cliniques du cancer gastrique, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 4 mai.) — Cancer de l'estomac, pylorectomie, mort, autopsie, par H. Morris. (*Lancet*, 22 janvier.) — Dilatation de l'estomac et régime lacté, par Sarda. (*Montpellier méd.*, janvier.) — Traitement de certains vomissements et de la dyspepsie douloureuse au moyen de l'action combinée de l'acide phénique et des gouttes noires anglaises, par Pécholier. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janvier.) — Sur le traitement de la dilatation de l'estomac, par Mascarel. (*Bull. gén. de thérap.*, 1er février.) — Sur une méthode de traitement de dilatation de l'estomac, par Mathieu. (*Progrès médical*, 12 février.)

Exanthèmes. — Bromisme cutané à grands élements après absorption peu prolongée de doses faibles de bromure de potassium. Éruption pemphigoïde pendant la période de cicatrisation, par Jacquet. (*Annal. de dermat. et de syph.*, décembre. — Éruption bromique, fille de 14 ans, par Blackader. (*Montreal med. chir. Soc.*, 14 janvier.) — De la contagion dans les exanthèmes fébriles, par d'Heilly. (*Rev. de clin. et thér.*, 24 février.) — De la contagion dans les exanthèmes fébriles, par Girard. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1.)

F

Face. — De la cure de certaines tumeurs de la face, par Metaxas-Zani. (*Thèse de Paris*, 11 mai.) — De la cure en plusieurs temps de certaines tumeurs de la face, par Verneuil. (*Bull. de la Soc. de chir.*, p. 657-664.) — Note sur un cas de farcin aigu chez l'homme, par Henry Barbier. (*France médicale*, 5 et 8 février.)

Ferment. — Sur les enzymes et les ferments solubles, par Axenfeld. (*Lo Sperimentale*, n° 4.) — Des causes des changements qui se produisent dans le processus de maturation des fromages de l'Emme, par Benecke. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 18.) — Sur les caractères de l'affaiblissement éprouvé par la diastase sous l'action de la chaleur, par Bourquelot. (*Acad. des sciences*, 28 fév.) — L'anaérobiose et les fermentations, par Nencki. (*Arch. f. exp. Path.*, XXI, 4.)

Fièvre. — Des fièvres, leur histoire, leur étiologie, etc., par Collie. (In-8°, *Londres.*) — Pyrexie et hyperpyrexie, par Maclagan. (*Lancet*, 28 février.) — Fièvre par les injections d'albumose et de peptone, par Ott et Collmar. (*Med. News*, 19 fév.)

Fièvre intermittente. — Étude des affections malariennes, par Metschnikoff. (*Russkaia med.*, n° 12.) — Quelques faits connus, mais mal appréciés sur les fièvres palustres, par Carpani. (*Morgagni*, janv.) — Étiologie du paludisme, par Maurel. (*Arch. de méd. nav.*, mars.) — L'impaludisme des bêtes bovines et l'hémoglobinurie, par Grigorescu. (*Rev. de méd.*, 10 fév.) — Observation d'accès pernicieux à forme comateuse, par Duchon-Doris. (*France médicale*, 6 janvier.) — Nouvelles observations sur l'état du sang dans les fièvres malariales, par Councilman. (*Med. News.*, 15 janv.) —

Albuminurie à type tierce, guérison rapide par le sulfate de quinine, par LARDIER et PERNET. (*Bull. méd. des Vosges*, janv.) — Recherches expérimentales sur la valeur comparée de quelques antiseptiques dans le traitement des fièvres palustres et des tuméfactions spléniques, par LUZZATO. (*Gaz. d. ospit.*, n° 15.) — Traitement de la tuméfaction de la rate dans la malaria, injection d'ergotine, par SOLARO. (*La Med. contemporanea*, janv.)

Fièvre jaune. — Du microbe de la fièvre jaune et de son atténuation, par FREIRE, GIBIER et REBOURGEON. (*Acad. des sciences*, 21 mars.) — La régénération du virus de la fièvre jaune, par GASTON. (*Atlanta med. journ.*, janv.) — Contribution au diagnostic de la fièvre jaune, par FERNANDEZ. (*Med. News*, 26 mars.) — Résultats obtenus par l'inoculation préventive du virus atténué de la fièvre jaune à Rio de Janeiro, par DOMINGOS FREIRE, GIBIER et REBOURGEON. (*Acad. des sciences*, 4 avril.)

Fièvre récurrente. — Pathologie de la fièvre récurrente, par PUSCHKAREW. (*Iejenedelnia klin. gaseta*, n° 4.)

Fistule. — Fistule uretéro-vésico vaginale guérie par la colpoplastie, par POZZI. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Note sur un cas de fistule vaginale datant de quatre ans, traitée et guérie par des injections intrafistuleuses d'eau chlorurée, par HERVIEUX. (*Soc. méd. des hôpitaux*, avril.)

Fœtus. — Note sur l'involution des voies fœtales, par THÉREMIN. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, fév.) — De l'ascite chez le fœtus, par ANGELBY. (*Thèse de Paris*, 27 janvier 1887.) — Double tumeur sanguine des bourses chez le fœtus se présentant par le siège, par ENGELBACH. (*Nouv. arch. d'obst et de gyn.*, janv.)

Foie. — De l'action du foie sur les alcaloïdes végétaux, par PINET et BONNOT. (*Bull. méd.*, 22 mai.) — Rôle du foie dans les intoxications morbides, par CHARRIN. (*Bulletin méd.*, 17 avril.) — Action du foie sur les poisons, par ROGER. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Traité pratique des maladies du foie, par CYR. (In 8°, *Paris*.) — Présence normale de deux microbes pathogènes (staphylococcus et bacille court) dans le cholédoque. Injections expérimentales après ligature du cholédoque, par NETTER. (*Soc. anatomique*, 29 octobre.) — Forme de cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par SCHACHMANN. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — A propos de la curabilité de la cirrhose alcoolique du foie, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 janvier.) — A propos de la cirrhose alcoolique du foie, par RICHARD. (*Ibid.*, 28 janvier.) — Cirrhose hépatique à marche anormale par suite de larges communications entre la veine porte et la veine cave, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 8 avril.) — Anatomie pathologique de la cirrhose hypertrophique avec ictère chronique, par HANOT et SCHACHMANN. (*Arch. de physiol.*, janv.) — Observation d'un cas de mort rapide chez un polysarcique à la suite d'une crise hépatique, par E. PHILBERT et GARSAUX. (*France médicale*, n° 28.) — Guérison rapide de cirrhose hépatique hypertrophique avec lithiase biliaire par l'administration de calomel, par SCHNEPF. (*Wiener med. Blaetter*, n° 14, p. 433.) — De la curabilité relative de quelques accidents hépatiques d'origine alcoolique, par DESSAUX. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — De la curabilité de la cirrhose alcoolique, par BLANC. (*La Province méd.*, 19 février.) — Abcès multiples du foie, par BACH. (*Therap. Gaz.* 15 janv.) — Deux cas d'abcès du foie ouverts dans le poumon, par NOTHNAGEL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 12 nov. 1886.) — Un cas d'abcès du foie, par RALFE. (*Lancet*, 29 janvier.) — Hépatite suppurée, par PORGES. (*Med. chir. Centralb.*, n° 5.) — Nouveau procédé pour opérer les abcès du foie, par ZANCAROL. (*Congrès des méd. grecs*, *Semaine méd.*, 25 mai.) —

Mort subite à la suite d'une ponction aspiratrice pour un abcès du foie (pas d'anesthésie, pas de lésions à l'autopsie autres que l'abcès et une distension de l'oreillette droite), par Reeve. (*Med. News*, 1er janvier.) — Sur une maladie infectieuse particulière aiguë accompagnée de tuméfaction de la rate, d'ictérie et de néphrite, par Weil. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXXIX, p. 209.)

Fracture. — Fracture du bassin, rupture du canal de l'urètre, éclatement de la vessie, par Condamin. (*Lyon méd.* 13 mars.) — Fractures spontanées dans un membre frappé de paralysie infantile spinale, par Paul Berbez. (*France médicale*, 10 février.) — Fracture ancienne de l'humérus gauche au quart inférieur ; pseudarthrose, par Fertal. (*Soc. anatomique*, 10 décembre 1886.) — Des fractures de l'olécrane et en particulier des fractures compliquées, par Latière. (*Thèse de Paris*, 2 fév.) — Fracture de la cuisse gauche au tiers supérieur, luxation de l'astragale droit avec diastasis de l'articulation tibio-péronière, luxation de l'épaule gauche, extirpation de l'astragale, paludisme, guérison, par Houzel. (*Bull. soc. de chir.*, XII, p. 759.) — Le genou valgus et varus et la fracture sus-condylienne du fémur au moyen de l'ostéoclaste de Robin, par A. d'Ambrosio. (*Medicina contemporanea*, août 1886.) — Fracture non consolidée du fémur ; application de chevilles d'ivoire ; guérison, par Leeming. (*Lancet*, 29 janvier.) — L'appareil à tractions pour les fractures simples et compliquées du fémur, par Panisco. (*Morgagni*, mars.) — Les fractures du fémur et les appareils à traction continue, par Folinea. (*Il Progresso med.*, n° 4.) — Traitement des fractures transversales de la rotule à l'aide d'une griffe spéciale, par Duplay. (*Arch. de méd.*, avril.) — Le traitement de la fracture de la rotule, par Rushmore. (*N. York surg. soc.*, 12 janv.) — Fracture de la tubérosité du tibia, par J. Ogilvie Will. (*Brit. med., journ.*, p. 152, janv.) — De la fracture marginale antérieure de la malléole externe ou fracture verticale par arrachement de la partie inférieure du péroné, par Le Roy. (*Thèse de Paris*, 30 avril.) — Des fractures de jambe par Bouquet. (*Thèse de Paris*, 22 avril.) — Nouvel appareil à pointe métallique pour être associé à une gouttière plâtrée par Chibrac. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — Traitement des fractures des membres par les appareils en zinc laminé, par Raoult-Deslongchamps. (*Gaz. des hôp.*, 22 mars.) — Suppuration dans les fractures fermées, par Beraud. (*Thèse de Paris*, 22 avril.)

G

Gangrène. — Gangrène des membres supérieurs par artérite oblitérante, par A. Welle. (*Berlin. klin. Woch.*, XXIII, n° 17.) — Désarticulation du genou pour une gangrène consécutive à la ligature de l'iliaque externe, par Gallozzi. (*La Riforma med.*, 25 février.) — Un cas d'asphyxie symétrique des extrémités (maladie de Raynaud), par Seymour Taylor. (*Lancet*, 29 janvier.) — A propos de la maladie de Raynaud, par J. Abercrombie. (*Archives of Pediatrics*, octobre 1886.) — Claudication intermittente chez un homme de 37 ans, alcoolique ; gangrène consécutive du pied et de la jambe par arrêt de la circulation artérielle. Douleurs et crampes douloureuses, amputation de la jambe au lieu d'élection. Guérison, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 478, 480.) — Rétrécissement généralisé du système artériel, par Le Dentu. (*Ibid.*, p. 498, 502.)

Gastrostomie. — Gastrostomie pour rétrécissement cancéreux de l'œsophage,

femme de 41 ans, mort 6 mois et 8 jours après l'opération, par Mc. Phedran. (*Toronto med. Soc.*, 5 janvier.) — De la gastrostomie pour corps étrangers, par L. Pilcher. (*Ann. of surgery*, février, p. 125.)

Gaz. — Nouvel appareil pour mesurer les échanges gazeux chez les animaux. Influence de l'alcool sur les échanges gazeux, par Bodlander. (*Zeit. f. klin. Med.*, XI, 5 et 6.) — Recherches expérimentales sur l'action des gaz et des vapeurs sur l'organisme, par H. Lehmann. (*Arch. f. Hyg.*, *Band* V, *Heft* 1.)

Génitaux (Org.). — Sur quelques particularités de l'appareil copulateur du bélier, par Nicolas. (*Soc. biol.*, 12 mars.) — Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux : atrophie testiculaire, cryptorchidie, hypospadias scrotal à forme vulvaire, par Magnan. (*Soc. méd. psychol.*, 28 février.) — Un cas d'hypertrophie des nymphes, par Hardan. (*Atlanta med. journ.*, décembre 1886.) — Imperforation complète de l'hymen, par Oziecki. Rapport par Le Dentu. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 735.) — Sur un cas d'imperforation de l'hymen avec rétention du sang menstruel, par Defontaine. Rapport par Terrier. (*Ibid.*, p. 745, 747.) — Déchirures de la vulve, par Thore. (*Thèse de Paris*, 17 février.) — De la perforation des petites lèvres, par Secheyron. (*Ann. de gynéc.*, avril.) — Phimosis, paraphimosis, par E. Mathieu. (*Dict. encycl. des sc.*, *méd.*) — De l'épithéliome de la verge, étiologie et traitement par Poncet. (*Province méd.*, 30 avril.)

Geographie méd. — Manuel des maladies des Indes, par Moore. (*Londres*, 1886.) — Étude médicale des rivières du Sud du Sénégal, notes sur le poste de Benty, par Simon. (*Arch. de méd. navale*, février.) — De l'entérocolite chronique endémique des pays chauds, par Bertrand et Fontan. (*Ibid.*, février.) — Considérations sur la topographie, le climat et la morbidité du haut Tonkin, à propos du poste de Than Moï, par Villedary. (*Arch. de méd. milit.*, mars.)

Glaucome. — Glaucome aigu à répétition guéri chaque fois par les instillations d'ésérine et d'atropine, par Armaignac. (*Rev. clin. d'oculistique*, VIII. n° 1.) — Névralgie dentaire rhumatismale comme prodrome d'attaques glaucomateuses, par Creniceau. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, août 1886.) — Cas de glaucome avec planches micro-photographiques, par Colbertson. (*The amer. journ. of ophth.*, janvier.)

Goutte. — Sur les causes de la mort rapide et soudaine chez les goutteux par Legros. (*Thèse de Paris*, 23 mars.)

Greffe. — Transplantation osseuse interhumaine (greffe massive) dans un cas de pseudarthrose du tibia gauche chez un jeune homme de 19 ans, par A. Poncet. (*Acad. des sciences*, 28 mars.) — De l'emploi des greffes épidermiques dans les opérations plastiques sur la conjonctive, par Eversbusch. (*Münch. med. Woch.*, n° 1.) — Greffe animale avec la peau de grenouille dans les pertes de substance cutanée et muqueuse, par Baratoux et Dubousquet-Laborderie. (*Progrès médical*, 9 avril.)

Grossesse. — Observation de pulsations du cordon appréciables à travers la paroi abdominale, par Nilsen. (*New York Obst.*, *Soc.*, 15 février.) — Anatomie et physiologie du segment inférieur de l'utérus pendant la grossesse et l'accouchement, par Cohn. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1886.) — Tracés sphygmographiques dans la grossesse et le travail, par Ballantyne. (*Brit. med. journ.*, p. 1095, décembre 1886.) — Troubles de la grossesse, saignée, par Bec. (*Gaz. des hôp.*, 3 mai.) — Nou-

velle explication des troubles rénaux, de l'éclampsie et autres phénomènes pathologiques survenant pendant la grossesse et le travail, par Ring. (*Americ. journ. of obst.* mars.) — De l'ictère chez les femmes grosses, par Queirel. (*Nouv. arch. de gynéc.*, janvier.) — Grossesse triple à terme, accouchement de 3 enfants vivants, par Pernet. (*Bull. méd. des Vosges*, janvier.) — Grossesse dans une des cornes d'un utérus bicorne, par Campbell Pope. (*Transact. of. Obst. Soc.*, XXVIII.) — Trachélorrhaphie dans le cours de la grossesse reconnue, par Julliard. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1886.) — Rupture de l'utérus pendant la grossesse, par Arthur Lewers. (*Brit. med. journ.*, p. 58, janvier.) — Terminaison bizarre et heureuse d'une grossesse extra-utérine, par Beugnies Corbeau. (*Union médicale*, 2 avril.) — Deux cas de grossesse extra-utérine traités avec succès par l'électricité, par Harrison. (*New York obst. Soc.*, 15 février.) — Intervention opératoire dans la grossesse abdominale, par Lusk. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, décembre 1886.) — Deux cas de grossesse extra-utérine, laparotomie, guérison, par A. Raffa. (*La Riforma med.*, 18 avril.) — Laparatomie pour une grossesse tubaire avec hématocèle : guérison, par Berry Hart. (*Brit. med. journ.*, p. 1090, décembre 1886.) — De la nécessité d'opérer la laparotomie précoce dans les cas de grossesse extra-utérine, par W. Thompson Lusk. (*Brit. med. journ.*, p. 1083, décembre 1886.)

H

Helminthes. — La nomenclature zoologique et l'helminthologie, par R. Blanchard. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 14.) — Recherches helminthologiques, par Linstow. (*Arch. f. Naturgesch.*, LII, 2.) — Helminthes, par R. Blanchard. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Les parasites de l'homme et des animaux domestiques, maladies les plus ordinaires qu'ils produisent, prophylaxie et traitement, par Perroncito. (In-8°, 506 p., *Naples.*) — Etudes sur la structure anatomique et histologique des cestodes, par F. Zschokke. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 6.) — Sur l'embryogénie des nématodes, par Hallez. (*Acad. des sciences*, 21 fév.) — Hématozoaires, par Blanchard. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — La filaria inermis, parasite de l'homme, du cheval et de l'âne, par B. Grassi. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 23.) — Un cas de strongle géant, par Cannon. (*Lancet*, 5 fév.) — Comment l'helminthiase peut, dans certains cas, présenter tous les phénomènes de la méningite, par Guglielmelli. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 6.)

Hématome. — Hématome rétropéritonéal, par Heinemann. (*N. York pathol. Soc.*, 22 sept. 1886.) — Deux observations d'épanchement séro-sanguin sous-cutané d'origine traumatique, traité par l'aspiration et le lavage antiseptique, par P. Chavasse. (*Arch. méd. milit.*, février, p. 132.) — Tumeur kystique de la cavité abdominale, développée très probablement dans une ancienne poche d'hématocèle péri-utérine, par Regnauld. (*Ann. de gynéc.*, février.)

Hémoglobinurie. — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par Lehzen. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique a frigore, par Wollner. (*Breslauer aerztl. Zeit.*, 9 avril.) — Hémoglobinurie, par Hénocque. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)

Hémophilie. — Généalogie des hémophiles de Tenna, par Hössli. (*Thèse inaug. Bâle*, 1886.) — Hémophilie, par E. Rochard. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Hémorragie. — Les hémoptysies mortelles : statistique des quinze dernières années de l'hôpital Victoria, par SAMUEL WEST. (*Med. ch. Trans.*, LXVIII, p. 159.) — Hémoptysie, par WIDAL. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Contribution à l'étude de l'origine de l'amaurose consécutive aux hémorragies, par E. ZIEGLER. (*Il Morgagni*, mars.) — De l'hémostase, par TANZINI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 8.) — De l'acide salicylique comme hémostatique dans les hémorragies, par FELICI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 19.)

Hémorroïdes. — Nouvelle opération radicale pour les hémorroïdes (section périanale à l'union de la muqueuse et de la peau, excision d'une partie de la muqueuse, suture), par LANGE. (*N. York. surg. Soc.*, 12 janv.) — Trois cents cas d'hémorroïdes guéries par excision, par WALTER WHITEHEAD. (*Brit. med. Journ.*, p. 449, février.) — Le traitement des hémorroïdes par la dilatation, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 10 mars.) — Anémie hémorroïdaire; dilatation forcée de l'anus, par TRÉLAT. (*Progrès méd.*, 14 mai.)

Hernie. — Hernie inguinopropéritonéale, 1 cas, par DULLES. (*Med. News*, 22 janvier.) — De la glycosurie dans le cours de la hernie étranglée et de l'étranglement interne, par VINCENT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 janv.) Hernie diaphragmatique congénitale chez un homme de 33 ans, par HUDELO et PRIOLEAU. (*Soc. anatomique*, 26 nov. 1886.) — Hernie diverticulaire de l'intestin grêle avec sac double, par BATTLE. (*Lancet*, 26 février.) — Trois opérations de cure radicale de hernies (1 inguinale et 2 ombilicales), par SYDNEY JONES. (*Lancet*, 8 janv.) — Opération de hernie crurale, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôpit.*, 29 mars.) — Énorme hernie gauche; éléphantiasis du scrotum; hernie de la vessie (inguinale droite), par ALEXANDRE. (*Soc. anatomique*, 1er oct.) — Quelques complications de la hernie étranglée, par HARVEY REED. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 20 nov. 1886.) — Hernies du gros intestin, par MÉRIGOT DE TREIGNY. (*Thèse de Paris*, 3 mars.) — Pincement latéral de l'intestin et des hernies diverticulaires étranglées, par GERMA (*Thèse Montpellier*, n° 9.)—Traitement des hernies ombilicales par le bandage de diachylon, par W. ROSER. (*Berl. klin. Woch.*, 19 juill. 1886.) — Des hernies adhérentes au sac, par BOIFFIN. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — De l'intervention chirurgicale dans les accidents des hernies adhérentes, par BOIFFIN. (*Gaz. des hôpit.*, 21 mai.) — Huit cas personnels de kélotomie (sept succès), par PIÉCHAUD. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 8 et 9.) — Sur un cas d'étranglement interne par réduction en masse d'un sac herniaire; laparotomie; guérison; par POISSON. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 95-99.) — Volumineuse entéro-épiplocèle étranglée depuis 5 jours, perforation intestinale, anus contre nature, guérison, par LECERF. (*Bull. méd. du Nord*, mars.) — Hernie étranglée : résection d'un pied d'intestin gangréné, guérison, par RUSHTON PARKER. (*Brit. med.*, p. 155, janv.) — Traitement des hernies par les injections sous-cutanées, par DE GARME. (*New York med. Record*, n° 2.) — De la cure radicale des hernies, par BAZY. (*France médicale*, 25 et 27 janv.) — De la cure radicale des hernies, modification opératoire, par MORESCHI. (*Raccoglitore med.*, n° 4.) — Note pour servir à l'histoire de la kélotomie et de la cure radicale des hernies (accès de délire), par GUINARD et DEMARS. (*Gaz. hebdomadaire*, 15 avril.) — Cure radicale des hernies, par ANDEREGG et SOCIN. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIV.) — Cure radicale des hernies inguinales congénitales, par BACH. (*Thèse de Paris*, 10 fév.)

Herpès. — A propos de la fièvre herpétique, par MONTAGNON. (*La Province méd.*, 19 mars.)

Histologie.— Sur la technique de coloration, par KUEHNE. (*Zeit. f. Hygiene*, I, p. 553.) — De la métaphénylendiamine comme colorant des cellules, par

JOSEPH et WURSTER. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 6.) — Sur la production de résorcine dans les tissus et l'emploi de la métaphénylènediamine comme moyen de coloration des noyaux, par UNNA. (*Ibid.*, n° 5.) — Sur un nouveau microscope de voyage construit par M. Dumaige, par HENNEGUY. (*Soc. biol.*, 19 fév.)

Hôpital. — Les hôpitaux de contagieux à Paris et le rapport de M. Chautemps au conseil municipal, par VALLIN. (*Rev. d'hyg.*, 20 mai.)

Hydatide. — Des kystes hydatiques chez l'homme ; 9 observations, par FICK. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXIV, 3 et 4.) — Des nouvelles méthodes de traitement des kystes hydatiques, par FALCONE. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 3.) — Kyste hydatique de la région lombaire avec frémissement hydatique, par DUGUET. (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 fév.) — Kyste hydatique généralisé, par TOUPET. (*Soc. anatomique*, 5 nov. 1886.) — De l'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie, par VALLAS. (*La Province médicale*, 26 fév.) — Rapide guérison d'un kyste hydatique du foie (ponction et injection de sublimé), par ROSSONI. (*La Riforma med.*, 30 avril.) — Kyste hydatique du foie chez une enfant de 10 ans, laparotomie, guérison, par LANNELONGUE. (*La Riforma med.*, 13 avril.) — Recherches sur l'origine des symptômes graves qui succèdent parfois à la ponction d'un kyste hydatique du foie, par HUMPHRY. (*Lancet*, 15 janv.) — Traitement des kystes hydatiques du foie, par BRAINE. (*Gaz. des hôp.*, 7 mai.)

Hygiène. — Étude comparée sur l'enseignement actuel de l'hygiène dans les facultés de médecine en Europe, par LOEWENTHAL. (*Thèse de Paris*, 1er mars.) — Organisation des services de l'hygiène publique en France, par DE PIETRA SANTA. (Broch., *Paris.*) — Note sur le bureau d'hygiène de Nice, par BALESTRE. (*Rev. d'hyg.*, 20 mai.) — De la police sanitaire dans les villes d'eaux et les stations sanitaires et de la dénomination des eaux minérales, par BOULOUMIÉ. (*Revue d'hygiène*, 20 mai.) — Le surmenage scolaire, par AUGAGNEUR. (*Province méd.*, 12 mars.) — L'hygiène à l'école d'enseignement secondaire, par L. BURGERSTEIN. (Broch., *Vienne.*) — L'inspection hygiénique et médicale des écoles en France, par MANGENOT. (*Rev. d'hyg.*, IX, 4.) — Du surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles; du degré d'aptitude militaire des jeunes hommes plus ou moins instruits; par LAGNEAU. (*Bull. de l'Ac. de méd.*, XVII, n° 10.) — L'éducation hygiénique et le surmenage intellectuel, par ROCHARD. (*Rev. des Deux-Mondes*, 15 mai.) — Le surmenage scolaire, par FÉRÉ. (*Progrès méd.*, 12 fév.) — Manuel d'hygiène scolaire, par DUBRISAY et YVON. (In-18, *Paris.*) — L'assainissement de Paris, par MARTIN. (*Gaz. hebdom.*, 15 avril.) — Restauration des égouts de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par CLÉMENT. (*Rev. d'hyg.*, VIII, p. 905.) — L'utilisation agricole des eaux d'égout et l'assainissement de la Seine, par CHÉRON. (*Union méd.*, 14 mai.) — Vidanges et égouts, les fosses, le tout à l'égout, aspiration pneumatique, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 2 janvier.) — L'endémicité de la fièvre typhoïde, de la diphtérie et du choléra dans la même maison pendant une certaine durée de temps, par ALMQUIST. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 1.) — Vingt-cinquième rapport sur la prostitution à Bologne en 1886, par GAMBERINI. (*Giorn. d. mal. veneree*, mars-avril.) — La prostitution dans l'antiquité, étude d'hygiène sociale, par DUPOUY. (In-8°, *Paris.*) — Sur les effets physiologiques de deux colorants rouges azoïques très employés pour colorer les substances alimentaires, par ARLOING et CAZENEUVE. (*Lyon méd.*, 1er mai.)

Hygroma. — Traitement de l'hygroma prérotulien chronique, par FLAUD. (*Thèse de Paris*, 13 mai.)

Hypnotisme. — La psychologie du raisonnement et l'hypnotisme, par Guicciardi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 4.) — La polarisation psychique dans la phase somnambulique de l'hypnotisme, par Bianchi et Sommer. (*Revue philos. de la France*, février-mars.) — De la prétendue veille somnambulique, par Delbœuf. (*Rev. philos. de la France*, février-mars.) — Le magnétisme animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante, dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques, par Baréty. (In-8°, *Paris.*) — De l'influence hypnotique et de ses divers degrés, par Bernheim. (*Rev. de l'hypnot.*, février.) — L'état de crédulité, par de Rochas. (*Rev. scientif.*, 12 fév.) — De l'influence hypnotique et de ses divers degrés, par Bernheim. (*Rev. médic. de l'Est*, 15 fév.) — Sur la suggestion hypnotique, par Jendrassik. (*Wien. med. Blät.*, p. 342, n° 11.) — Contribution à l'étude de l'hypnotisme et de la suggestion, par Sicard. (*Thèse Montpellier*, n° 6.) — De la suggestion mentale, par Ochorowicz, préface de Richet. (In-18, *Paris.*) — La suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille, par Petrazzani. (*Riv. sper. di freniatria*, vol. XII, fasc. III.) — Applications thérapeutiques de l'hypnotisme et de la suggestion, par Desplats. (Broch., *Lille*, 1886.) — La thérapeutique hypnotique et suggestive, par L. Furgotti. (*Il Morgagni*, février.)

Hystérie. — Les démoniaques dans l'art, par Charcot et Richer. (In-8° av. pl., *Paris.*) — Sur le transfert de l'amblyopie hémianesthésique provoqué par la suggestion du transfert de l'hémianesthésie sensitive du même côté, par Bozzolo. (*La Riforma med.*, 14 avril.) — Un cas de catalepsie idiopathique, par Picot. (*Revue médic. Suisse romande*, VI, p. 628.) — Mutisme hystérique guéri par la suggestion hypnotique, par Amadei. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 12.) — Sur une expectoration particulière observée chez les hystériques, par E. Wagner. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XXXVIII, *Heft* 3.) — Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques, diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique, par Charcot. (*Semaine médicale*, 2 fév.) — L'angine de poitrine hystérique, par Le Clerc. (*Thèse de Paris*, 19 janvier.) — Angine de poitrine, goitre exophtalmique, hystérie chez un homme, par C. Audry. (*Lyon méd.*, 9 janv.) — Des monoplégies hystéro-traumatiques, par Méchin. (*Thèse de Paris*, 13 janv.) — Hystérie et traumatisme, par Berbez. (*Thèse de Paris*, 21 fév.) — Hystérie chez l'homme; contracture du membre supérieur, d'origine traumatique, datant de 4 mois et demi; guérison rapide par le cuivre *intus et extra;* par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 13 janv.) — Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme, par Charcot. (*Progrès médical*, 22 janvier.) — Un nouveau cas de paralysie hystérique chez un sujet syphilitique, par Potain. (*Gaz. des hôp.*, 28 avril.) — De l'apoplexie hystérique, par Achard. (*Arch. de méd.*, janvier, et *Thèse de Paris*, 21 avril.) — L'hystérie dans l'armée, à propos des paralysies hystéro-traumatiques, par Davezac. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 20 fév.) — Apoplexie hystérique; hémiplégie motrice avec hémianesthésie sensitive sensorielle du côté gauche; aboiement hystérique; par J.-M. Vilcoq. (*France médicale*, n° 38.) — Apoplexie et hémiplégie hystériques, par Dumontpallier. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 25 mars.) — Altérations trophiques et chute spontanée des ongles chez une hystérique, par Falcone. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 20.) — Observation de grande hystérie chez l'homme; crises convulsives arrêtées par la compression du testicule gauche; état léthargique; par A. Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpel.*, n° 2.) — Hystérie chez l'homme, par Moricourt. (*Gaz. des hôp.*, 27 janv.) — Effets de l'électrisation statique sur quelques phénomènes hystériques, par Blanc Fontenille. (*Progrès médical*, 19 fév.) — Note sur la compression dans le traitement de quelques céphalées hystériques, par Féré. (*Soc. biol.*, 5 mars.) — Des dangers du traitement de l'hystérie par l'hypnotisme,

par LARROQUE, SÉGLAS. (*Soc. méd. psychol.*, 28 février.) — Nouveau cas de guérison d'une paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique, par LUYS. (*Gaz. des hôp.*, 5 mai.)

I

Idiotie. — Idiotie symptomatique de sclérose cérébrale diffuse, par BOURNEVILLE. (*Société anatomique*, 30 juillet 1886.) — Idiotie complète symptomatique d'une encéphalite avec foyers de ramollissement, par BOURNEVILLE et PILLIET. (*Soc. anatomique,* 30 juillet 1886.)

Infection. — Statistique générale des grandes maladies infectieuses à Lyon pendant la période quinquennale 1881-86, par TEISSIER. (In-8°, *Lyon.*) — Les maladies infectieuses à Valence, par ORELLANO. (*Cronica med.*, 20 janv.) — De l'infection, par CANTANI. (*Giorn. int. scienze med.* n° 1.) — Du traitement des maladies infectieuses, par DÖRRENBERG. (*Deuts. med. Zeit.* n° 21.)

Inhalation. — Des inhalations caustiques, par JACOBELLI. (*Bull. de thér.*, 1er fév.) — Traitement des maladies des organes respiratoires par les inhalations antiseptiques, par FOUSTANOS. (*Cong. des méd. grecs*, *Semaine méd.*, 25 mai.) — Des inhalations de chlorure d'ammonium dans les maladies de l'appareil respiratoire, par R. FRANKS. (*Lancet*, 22 janvier.)

Injection. — Traité des injections hypodermiques dans la thérapeutique vétérinaire, par GSELL. (In-8°, *Paris.*) — Les injections profondes intramusculaires, par SCHIVARDI. (*Gaz. d. ospitali*, n° 5.) — Les injections cutanées de vaseline, par LEY. (*Journ. de méd. de Paris*, 20 fév.) — Sur les vaselines liquides destinées à l'emploi d'injections sous-cutanées, par BOCQUILLON. (*Jour. de méd. de Paris*, 13 fév.) — Note sur l'injection de solutions médicamenteuses à base de vaseline, par DURAND. (*La Province méd.*, 5 fév.) — Des injections hypodermiques à base d'huiles minérale et végétale dans le traitement des affections pulmonaires, par LEY. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — Nouvelles formules d'injections hypodermiques à base de vaseline liquide, par MEUNIER. (*Bull. de thér.*, 15 fév.) — Sur les lavements gazeux d'acide carbonique et d'hydrogène sulfuré, par PETIT. (*Journ. de pharm.*, XV, n° 4.) — Sur le nouveau traitement des maladies des voies respiratoires par les injections gazeuses dans le rectum, par WYSS. (*Fortschrift d. Med.*, n° 2.) — Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses, par LECOMTE. (*Thèse de Paris*, 6 janv.) — Innocuité et efficacité des injections profondes de bicarbonate de quinine dans la région fessière, par BARREGI. (*Gaz. d. ospitali*, n° 9.) — Des injections hypodermiques des sels insolubles de mercure, par GUELPA. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.)

Intestin. — Conformation extérieure et vaisseaux du cæcum, par TUFFIER. (*Soc. anatomique*, 19 novembre 1886.) — De l'influence de la coprostase et des putréfactions intestinales sur les maladies aiguës, par P. CIRELLI. (*Il Morgagni*, février.) — Entérite, par P. LAURE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) Étude sur l'ulcère simple du duodénum, par BUCQUOY. (*Arch. de méd.*, avril.) — Le traitement antiseptique de la diarrhée estivale, par EMMETT HOLT. (*N. York acad. of med.*, 6 janv.) — Emploi du thymol dans la désinfection intestinale, par MARTINI. (*La Med. contemporanea*, fév.) — Note sur l'emploi

de l'eau sulfocarbonée dans le traitement des affections intestinales des pays chauds, par Muniel. (*Bull. de thér.*, 1er mars.) — De l'entéroclisme, par Cantani. (*La Riforma med.*, 5 mai.) — Sur le diagnostic et les indications du traitement des maladies chirurgicales du tube digestif, par Guyon. (*Bulletin méd.*, 27 mars.) — Considérations sur le traitement des phlegmons de la fosse iliaque par les débridements hâtifs à propos d'un cas de perforation intestinale, par Grellet. (*Union médicale*, 6 janvier.) — Une deuxième observation de rétrécissement cicatriciel iléo-cæcal par la résection circulaire et la suture de l'intestin, par Maydl. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 26 avril.) — De la laparotomie pour les plaies de l'intestin grêle, par Broca. (*Gaz. hebdomad.*, 25 fév.) — Fistule stercorale, guérison par laparatomie avec résection intestinale, par Hofmokl. (*Med. chir. Centralb.*, n° 4.) — La laparotomie dans la perforation de l'estomac et de l'intestin, par Falcone. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 1.) — Entérotomie,entérectomie, par L. H. Petit. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Iodisme. — Iodisme aigu, caractérisé par des douleurs aux nodosités goutteuses des pieds, par Kopp. (*Münchener med. Woch.*, n° 28, 1886.)

Iris. — Membrane pupillaire persistante, par Turnbull. (*Philad. county med. Soc.*, 23 fév.) — Irido-choroïdite plastique, par Santiago de los Albitos. (*Revist especial.*, *Madrid*, janv.) — Des résultats immédiats et éloignés de l'iridectomie dans l'irido-capsulite avec adhérences capsulaires, par Champsaur. (*Thèse de Lyon*, n° 352.) — Traitement de l'iritis aiguë, par Dehenne. (*Union médicale*, 13 février.) — Des gommes de l'iris, par Dehenne. (*Union médicale*, 17 février.) — Pseudo-sarcome de l'iris, par Mules. (*Opht. Society of London*, 27 janv.)

K

Kyste. — Kystes et fistules d'origine branchiale, 2 observations, par Cusset. (*Deuxième Cong. franç. de chir.*, 1886.) — Des kystes sébacés, par Chandelux. (*La Province méd.*, 5 fév.) — Kyste dermoïde de la région sterno-costale, extirpation, guérison, par Jeannel. (*Rev. méd. de Toulouse*, XX, p. 560.) — Kyste rétro-péritonéal congénital, par Gardner. (*Montreal med. chir. soc.*, 14 janv.) — Kyste du grand épiploon, par Gooding. (*Lancet*, 12 février.) — Des kystes multiples de l'appareil génital interne et du bassin et en particulier des kystes sarcomateux, par Péan. (*Gaz. des hôp.*, 17 mars.) — Des kystes du poignet, par D. Mollière. (*La Province méd.*, 12 mars.) — Kyste séreux à grains riziformes du poignet, incision, lavage, guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 5 avril.)

L

Lacrymal (App.). — Le cathétérisme et les injections des voies lacrymales, par Pratolongo. (*Gaz. d. ospital.*, n° 15.) — Sur un cas de dacryorrée tabétique, par Féré. (*Soc. de biol.*, 8 janv.) — Affections lacrymales, par G. Calderon. (*Revista especial.*, *Madrid*, janv.)

Lait. — Étude du lait de femme, par Lajoux. (*Journ. de pharm.*, 15 avril.)

Sur le développement possible d'une ptomaïne toxique dans le lait, par FIRTH. (*Lancet*, 29 janvier.)

Langue. — De la langue noire, par BOMCHER. (*Hospit. Tidende*, 9 mars.) — De la langue noire, par SCHECH. (*Münch. med. Wach.*, n° 14.) — Des varices de la langue, par MANON. (*Thèse de Bordeaux*, 1886.) — Epithélioma de la langue (type hypertrophiant), par CASTEX. (*France méd.*, 19 févr.) — Épithélioma de la langue, par HEURTAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv.)

Laparotomie. — Statistique de laparotomies, 11 cas, 9 guérisons, par RUGGI. (*Soc. ital. de chir.*, congrès de Gênes.) — Relation de 125 cas de laparotomies. Obs. sur l'emploi de l'eau chaude dans la cavité péritonéale pour prévenir le choc, par WYLIE GILL. (*New York med. Record*, n° 12.) — Abcès pelvien traité par l'incision abdominale, par MACKAY. (*Lancet*, 12 fév.) — Phlegmon du ligament large gauche. Laparotomie sous-péritonéale. Guérison, par HOUZEL. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 856-860.)

Larynx. — Hygiène des organes de la voix, manuel pratique des chanteurs et des orateurs, par MORELL MACKENZIE. (4e *édit.*, *Londres.*) — Leçons sur les maladies du larynx, de la trachée, du nez et du pharynx, par SCHROETTER. (1re partie, *Vienne.*) — Rapport sur l'enseignement de la laryngologie et de la rhinologie à l'Université de Vienne, par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Toux, par LEREBOULLET et RICKLIN. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Aphonie hystérique, dyspnée spastique causée par des lésions nasales, par PRZEDBORSKI. (*Gaz. lekarska,* n° 30, 1886.) — Un cas de paralysie laryngée hystérique avec aphonie et dyspnée spasmique, par le même. (*Ibid.* n° 51, 1886.) — Aphonie hystérique datant de 2 ans, guérison par l'électricité, par SCHILLING. (*Deut. med. Zeit.*, n° 8.) — Laryngite sous-muqueuse traitée par l'eau chaude, par BUCKMASTER. (*New York med. journ.*, 22 janv.) — Laryngite aiguë des enfants, par FOXWELL. (*Birmingham med. Review*, fév.) — Laryngite hémorragique rhumatismale, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Emphysème généralisé consécutif à une laryngite striduleuse, par CADET DE GASSICOURT. (*Rev. des mal. de l'enfance*, fév.) — Hydrocéphalie et spasmes de la glotte, par F. FEDE. (*Il Morgagni*, nov. 1886.) — Notes de laryngologie, tuberculose, par IRSAI. (*Pester med. chir. Presse*, n° 46, 1886.) — Tuberculose laryngée, sans lésions pulmonaires. par AIKINS. (*Canadian practitioner*, mars.) — Trois cas de cicatrisation complète d'ulcérations tuberculeuses du larynx; acide lactique, par WROBLEWSKI. (*Medycyna*, n° 11.) — De l'acide lactique dans la phtisie laryngée, par OLTUSZEWSKI. (*Medycyna*, n° 4.) — De la curabilité des ulcérations tuberculeuses laryngées, par HERING. (*Gazeta lekarska*, n° 28, 1886.) — *Idem*, par SOKOLOWSKI. (*Medycyna*, n° 13, 1886.) — De l'acide lactique et de son emploi dans le traitement des ulcérations laryngées tuberculeuses, par HERING. (*Medycyna*, n° 24, 1886.) — *Idem*, par WROBLEWSKI. (*Gazeta lekarska*, n° 43, 1886.) Traitement local de la phtisie laryngée, par GOUGUENHEIM. (*Rev. gén. de clin.*, 24 mars.) — Du traitement (par la cocaïne) du spasme phonatoire de la glotte (1 cas), par HELBING. (*Münch. med. Woch.*, n° 30, 1886.) — Érysipèle des voies aériennes supérieures, par DELAVAN. (*N.-York. med. Record*, 23 avril.) — Considérations sur la laryngite syphilitique tertiaire, par ARIZA. (*Ann. de otol. y laring.*, n° 12, 1886.) — Obs. cliniques sur la syphilis du larynx, par LEWIS. (*Birmingham med. Review.*, mars.) — Gomme du larynx, réouverture spontanée du larynx après la laryngotomie thyroïdienne, par HOLDEN. (*N. York med. journ.*, 29 janv.) — Laryngite syphilitique tertiaire, trachéotomie, séjour de la canule pendant 7 mois, guérison, par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) —

Trois cas de trachéotomie pour des affections syphilitiques du larynx, par CARDONE. (*L'Eco delle cliniche*, janv.) — Lupus et lèpre du larynx, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Notions générales sur la thérapeutique locale des maladies du larynx, par MASSEI. (*Il Morgagni*, février.) —Condylomes laryngés, enfant de 10 ans, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Papillome télangiectasique du larynx, par ARIZA. (*Rev de laryng. y rinol.*, fév.) — Épithélioma du larynx et du pharynx, teinture de thuya, par LIÉGEOIS. (*Bull. méd. des Vosges*, janv.) — Sur un cas de compression du récurrent par un rétrécissement organique de l'œsophage, par DUJARDIN. (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv.) — Résurrection du tubage de la glotte dans le croup, par BOUCHUT. (*Paris méd.*, 15 janv.) Tubage du larynx, 6 cas de diphténie, 2 morts, par G. MASON. (*Med. news.*, 26 mars.) — Quatre cas d'intubation du larynx, par H. LUNNENING. (*Jour. of Am. med. Ass.*, 19 fév., p. 599.) — Tubage du larynx, par ISCH WALL. (*Prog. méd.*, 30 avril.) — Du tubage laryngé appliqué au traitement du croup et des sténoses aiguës du larynx en général, par LUC. (*Bull. méd.*, 8 mai.) — De la dilatation des sténoses du larynx, par SCHROETTER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, janv.) — Divulsion des cordes vocales dans un cas cas de laryngotomie, par LORETA. (*Raccoglitore med.*, déc., 1886.) — Extirpation du larynx sans trachéotomie préalable, par JORDAN LLOYD. (*Lancet*, 15 janv.) — Gastrostomie et trachéotomie combinées dans un cas de cancer du larynx et de l'œsophage, par PENNEFATHER RYAN. (*Lancet*, 15 janv.) — Traitement des plaies par instruments tranchants intéressant les voies aériennes (suture de la trachée), par YOUNG. (*Lancet clinic.*, 5 mars.)

Lèpre. — Expériences sur la transmission de la lèpre aux lapins, par WESENER. (*Münch. med. Woch.*, n° 16.) — De la situation des bacilles de la lèpre dans les tissus, par BINDER. (*Inaug. diss. Tubingue.*) — Sur l'étiologie de la lèpre, par JAJA. (*Giornale ital. delle mal. vener.*, n° 4, 1886.) — Ethnographie, nature, histoire et géographie de la lèpre, par VERRIER. (*Journ. de méd. de Paris*, 13 fév.) — Les lépreux à Hanoï, par NIMIER. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — Notes sur l'hôpital des lépreux de Rio de Janeiro, par DE AZAVEDO LIMA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 6.) — La lèpre dans le sud de la Russie, par MINCH. (2e *Cong. des méd. russes. Moscou.*) — Un cas de lèpre; contagion probable, par KAURIN. (*Ann. de Dermat.*, n° 2.)

Leucémie. — Du traitement de la leucémie par les inhalations d'oxygène, par G. STICKER. (*Münch. med. Woch.*, 1886, n° 43.)

Leucodermie. — Un cas de leucodermie héréditaire, par SEPPILLI. (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, n° 4, 1886.)

Lèvre. — Énorme épithélioma de la lèvre inférieure, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 439, 27 mars.) — Sur l'histoire naturelle de l'épithélioma de la lèvre inférieure, par MOLLIÈRE. (*Bull. mil.*, 1er mai.)

Lichen. — Du lichen ruber, par SILVA. (*Gaz. d. ospitali*, n° 13.) — Note sur un cas de lichen ruber, par DÉSIR DE FORTUNET. (*Ann. de Dermat.*, n° 1.)

Lipome. — Lipome diffus, par MORRANT BAKER et ANTHONY BOWLBY. (*Medico-chir. transact.*, LI, p. 40.) — Sur un cas de myxolipome énorme de la région de l'épaule, contenant un volumineux kyste central, par RICHET. (*France méd.*, 22 janv.)

Lupus. — De l'épithélioma développé sur le lupus vulgaire en évolution, par RAYMOND. (*Ann. de dermat.*, VIII, nos 3 et 4.) — De l'influence de l'érysi-

pèle sur le lupus, par WINTERNITZ. (*Prager med. Woch.*, n° 10.) — Étude thérapeutique du lupus de la face, par CHRISTESCO. (*Thèse de Paris*, 25 mai.)

Luxation. — Luxations anciennes de l'épaule, par LE FORT. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Luxation ancienne de l'épaule (2 mois), réduction par le procédé de douceur, par DESPRÉS. (*Gaz. des hôp.*, 21 avril.) — Du traitement des luxations de l'épaule compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, par SCHWARTZ. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 24 fév.) — Le traitement des luxations anciennes du coude (arthrotomie après 6 semaines) par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 9 mars.) — Luxations anciennes de la hanche, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 9 avril.) — Traitement de deux luxations congénitales de la hanche par le procédé de Margary, par MOLLIÈRE, (*Lyon méd.*, p. 299, 27 fév.) — Sur les subluxations internes (internal derangements) du genou et leur traitement opératoire, par TH. ANNANDALE. (*Brit. med. j.*, p. 319, fév.)

Lymphatique. — Tuberculose aiguë mortelle des ganglions lymphatiques, par DELAFIELD. (*N. York med. Record*, n° 16.) — De la palpation des glandes lymphatiques, par DIETRICH. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 288.) — Traitement abortif des bubons, par MANNINO. (*La Riforma med.*, 24 mars.)

M

Main. — Contribution à l'étude des mouvements des doigts (point mort des phalangettes), par TUFFIER. (*Arch. de méd.*, mai.) — Quelques considérations à propos de quatre cas de doigt à ressort, par SCHMITT. (*Union médicale*, 28 avril.) — Sur l'étiologie et le traitement du doigt à ressort, par SCHMITT. (*Bull. de thérap.*, 15 février.) — De la rétraction de l'aponévrose palmaire et de son traitement, par TRÉLAT. (*Rev. gén. de clin.*, n° 1.) — Rétraction de l'aponévrose palmaire, dissection de la bride fibreuse, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Un nouveau cas de paréso-analgésie, par PROUFF. (*Gaz. hebd.*, 15 avril.) — Sur un nouveau cas de panaris analgésique, par COLLEVILLE. (*Gaz. hebd.*, 27 mai.) — Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures consécutive à la fièvre typhoïde, par HANOT. (*Arch. de méd.*, mai.) — Brachydactylie, par WALTHER. (*Soc. anat.*, 15 octobre.) — Essai sur la syndactylie congénitale, par BENO. (In-4° *Nancy*.)

Mal de mer. — Un remède physiologique contre le mal de mer (inj. d'atropine 2 à 3 dixièmes de millig.), par REBATEL. (*Lyon méd.*, 20 mars.)

Maladies professionnelles. — Des spasmes professionnels, par GABORIAU. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — Des troubles fonctionnels des muscles et des nerfs de l'avant-bras provoqués par l'exercice du piano, par VIVIAN POORE. (*Brit. med. journ.*, p. 441, février.)

Malformation. — Sur quelques difformités congénitales, par REDARD. (*Arch. de tocol.*, 30 mars.) — L'influence des impressions maternelles sur l'étiologie des malformations congénitales, par STEDMAN. (*New York med. Record*, n° 1.) — Bec-de-lièvre génien double. Appendices congénitaux de la face. Anomalie de l'oreille externe. Absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache. Arrêt de développement du maxil-

laire inférieur. Absence d'articulation temporo-maxillaire, par ROULLAUD. (*Soc. anat.*, 15 octobre.) — Malformation des organes génito-urinaires chez un nouveau-né présentant un bec-de-lièvre compliqué unilatéral et une omphalocèle, par CASTELAIN. (*Bull. méd. du Nord*, janvier.) — Malformation du bras (enfant de 13 mois; le bras droit est formé par 2 humérus, avec 3 avant-bras, 3 mains, 16 doigts dont 2 rudimentaires), par GRANDIN. (*New York obst. Soc.*, 1er mars.) — Malformations chez un fœtus de 6 mois, par POTOCKI. (*Soc. anat.*, 19 novembre 1886.) — Véritable hermaphrodisme, par FOWLER. (*New York obst. Soc.*, 1er mars.) — Pseudo-hermaphrodisme, par POZZI et GRATTERY. (*Progrès médical*, 16 avril.)

Mamelle. — Sur une mammite contagieuse des vaches laitières, par NOCARD et MOLLEREAU. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.) — Sein douloureux, par SOJO. (*Thèse de Paris*, 23 mars.) — Recherches sur le rapport des crevasses du mamelon aux abcès du sein, par Mme MERRITT. (*Thèse de Paris*, 26 février.) — Un cas de galactorrhée unilatérale, résistant à tous les traitements, et supprimée au moment de la réapparition des règles, par GIBBONS. (*Brit. med. journ.*, p. 331, février.) — Traitement de la mammite puerpérale par l'essence de térébenthine, par P. J. MURPHY. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 18 décembre 1886.) — Du diagnostic différentiel entre la mammite chronique et le cancer du sein au début, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.* 10 mai.) — Maladie kystique de la mamelle. par RECLUS. (*Le Bull. méd.*, 3 avril.) — Tumeurs malignes de la mamelle, par RECLUS. (*Gaz. des hôp.*, 19 mai.) — Maladies chroniques et cancers du sein, par RECLUS. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 mars.) — Tumeur cancéreuse de l'aisselle droite, cancer consécutif du sein, par BAILLY. (*Soc. anat.*, 29 octobre.) — Amputation du sein chez une dame de 93 ans, par PREGALDINO. (*Ann. Soc. de méd. de Gand*, 1886.)

Maxillaire. — Abcès fétide du sinus maxillaire simulant un ozène, ouverture du sinus par l'alvéole; guérison, par LUC. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mars.) — Constriction des mâchoires par bride cicatricielle. Restauration de la joue. Résection d'une portion du maxillaire inférieur pour permettre l'écartement des mâchoires; guérison, par POLAILLON. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 92, 93.) — Du déplacement du fibro-cartilage temporo-maxillaire et de son traitement opératoire, par ANNANDALE. (*Lancet*, 26 février.) — Ostéome sous-périosté du maxillaire inférieur, par TRÉLAT. (*Progrès médical*, 23 avril.)

Médecine (Hist.). — Essais de bibliographie médicale, conseils aux étudiants, par L. H. PETIT. (In-8°, *Paris.*) — L'enseignement médical dans les universités allemandes, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 13 février.) — L'enseignement et la pratique de la médecine en Italie, par JULLIEN. (*Arch. de méd.*, mars.) — Voyage chirurgical en Allemagne, par POISSON. (In-8°, *Paris.*) — Les origines et l'avenir de la médecine expérimentale, par ARLOING. (*Rev. sc.*, 7 mai.) — Les leçons d'anatomie et les peintres hollandais aux XVIe et XVIIe siècles, par P. TRIAIRE. (In-18, 79 p., *Paris.*) — Bayen et la pharmacie militaire au XVIIIe siècle, par BALLAND. (*Rev. sc.*, 30 avril.) — Charles Robin, sa vie et son œuvre, par G. POUCHET. (*Journ. de l'anat.*)

Médecine légale. — Les actes de l'état civil, étude médico-légale de la naissance, du mariage, de la mort, par LACASSAGNE. (In-18, 235 p., *Lyon.*) — De l'évolution des opinions en matière de responsabilité, par P. DUBUISSON. (*Arch. de l'anthrop. crim.* II, n° 8.) — Le suicide en France pendant la période 1876 à 1885. (*Semaine méd.*, 25 mai.) — Modes de recherches pour affirmer la présence du gonococcus en médecine légale, par LOBER. (*Ibid.*, 9 mars.) — Étude expérimentale sur le diagnostic différentiel des ecchy-

moses et de l'imbibition cadavérique, par TAMASSIA, (*Rev. sper. di freniat.*, XII, 4.) — Relation médico-légale de l'affaire des grives empoisonnées, par FERRY de la BELLONNE. (*Broch. Paris.*) — Coup de pistolet tiré automatiquement après un 1er coup dans le cerveau; conséquences possibles médico légales, par WOODHULL. (*Med. News*, 9 avril.) — Les caractères des délinquants, par MARRO. (In-8°, *Turin.*) — Assassinat de 3 fils par une mère lipémaniaque, relation médico-légale, par TAMBURINI. (*Rev. sper. di freniat.*, XII, 4.) — Revue de médecine légale : l'affaire Lombardi à Genève, par GIRAUD. (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Hystérie, épilepsie, aliénation mentale, désaveu de paternité, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.*, 22 mars.) — Aberrations génitales périodiques, acquises, morbides, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 9 avril.) — Attentats aux mœurs, aberrations génitales innées, par BROUARDEL. (*Ibid.*, 2 avril.) — Étude médico-légale sur un cas de viol, par G. ZILNO. (*Il Morgagni*, mars.) — Absence d'utérus comme cause de nullité de mariage, par LÉVY. (*Arch. di psichiat.*, VIII, 1.) — Avortement criminel démontré au bout de plusieurs mois par le diagnostic rétrospectif de la grossesse, par FOCHIER et H. COUTAGNE. (*Arch. de l'anthrop. crim.*, II, n° 8.)

Médecine militaire. — De l'hygiène militaire, son importance, ses progrès, par LAVERAN. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Le service de santé militaire dans l'antiquité et le moyen âge, par H. FRÖLICH. (*Der militaerarzt*, n° 2, p. 12, 21 janvier.) — Les nouveaux cabinets d'aisances des établissements militaires de Paris, par RICHARD. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Expériences faites à la prison de Rouen sur un biscuit de viande proposé comme aliment de réserve pour les soldats en campagne, par MERRY-DELABOST. (*Rev. d'hyg.*, IX, 4.) — Des troubles fonctionnels et des affections organiques du cœur chez le soldat, par COUSTON. (*Arch. de méd. milit.*, avril.) — Des troubles fonctionnels et des affections organiques du cœur chez le soldat, par DUPONCHEL. (*Ibid.*, mars.) — Le varicocèle dans l'armée et son traitement chirurgical, par CARLIER. (*Ibid.*, avril.) — Observations critiques sur l'aménagement, au point de vue hygiénique, d'un navire de commerce, pour le transport des troupes au Tonkin, par MARESCHAL. (*Ibid.*, avril.) — Manuel du chirurgien; essai sur le meilleur traitement des blessés en temps de guerre, par POSTER, 3e édition, revue par GODWIN. (*Philadelphie.*) — La cartouche de pansement et la chirurgie de guerre, par AUGAGNEUR. (*La Province méd.*, 5 février.)

Mélanose. — Un cas rare de mélanémie aiguë, par CARDARELLI. (*Il Morgagni*, avril.) — Observation de mélanose dans un cas de carcinome mélanique du foie, par M.-J. BELIN. (*France médicale*, 20, 22 janvier 1887.)

Membre. — Le développement des membres du côté droit l'emporte-t-il originairement sur celui des membres du côté gauche? par DEBIERRE. (*Soc. de biol.*, 23 janvier.)

Méninge. — De la méningite due au pneumocoque (avec ou sans pneumonie), par NETTER. (*Arch. gén. de méd.*, mars.) — De la névrite radiculaire dans la méningite tuberculeuse basilaire, par KAHLER. (*Prager med. Woch.*, 2 février.) — De la méningite tuberculeuse chez l'adulte, par MOREL. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) — Méningite tuberculeuse, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 24 mars.) — Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, par JACCOUD. (*Ibid.*, 15 mars.) — Méningite cérébro-spinale sporadique, mort, autopsie, par SINCLAIR. (*Lancet*, 12 février.) — Recherches sur la méningite cérébro-spinale, du vomissement dans les maladies fébriles, par LEYDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Un cas de méningite aiguë terminée par la guérison,

par A. Semple. (*Lancet*, 19 février.) — Fibrome de la dure-mère comprimant la partie postérieure du lobe temporal droit chez une femme épileptique morte de phtisie pulmonaire, par Lacroix. (*Lyon méd.* 6 mars.) — Sarcome angiolithique des méninges, par Journiac. (*Soc. anat.*, 3 décembre 1886.)

Menstruation. — Recherches sur la menstruation en Syrie, par Rouvier. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — De la menstruation chez les singes, par Bland Sutton. (*Arch. de tocol.*, 30 mars.) — Des modifications des organes génitaux de la femme à l'époque de la ménopause, par Collinet. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Menstruation et ovulation, par Auvard. (*Gaz. hebd.*, 29 avril.) — Rapports de la menstruation avec les fonctions sexuelles, par Mac Laury. (*Americ. journ. of obst.*, février.) — Excitation cardiaque précédant une première menstruation, par Draper. (*Boston med. journ.*, 9 décembre 1886.) — Étude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope, par Dutremblay. (*Thèse de Paris*, 21 mai.) — Permanganate de potasse dans l'aménorrhée, par Boldts. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Du gaïac comme emménagogue, par Sawyer. (*Birmingham med. rev.*, janvier.)

Moelle. — Sur les voies de conductibilité de la moelle spinale, par Borgherini. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 4.) — Les vestiges du segment caudal de la moelle épinière et leur rôle dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes, par Herrmann et Tourneux. (*Acad. des sciences*, 9 mai.) — Troubles trophiques dans les membres inférieurs consécutifs à un traumatisme médullaire, amputation de la jambe gauche; guérison, par Wallich. (*Arch. gén. de méd.*, avril.) — Myélite cervicale faussement attribuée à un traumatisme périphérique et produite en réalité par un mal de Pott méconnu. Pas de pachyméningite; névrite radiculaire; thyroïdite tuberculeuse, par J. Grasset et E. Estor. (*Rev. de méd.*, février.) — Un cas de myélite diffuse aiguë; guérison, par Fairbank. (*Lancet*, 1er janvier.) — Sur une forme spéciale d'altération régressive des cellules nerveuses de la moelle, par Musso. (*Gaz. d. ospitali*, n° 21.) — Symptômes prémonitoires de la paralysie spinale aiguë infantile et de l'adulte, par Laurent. (*Thèse de Paris*, 26 février.) — Des atrophies secondaires du cordon postérieur et de la colonne de Clarke, par Loewenthal. (*Rec. zool. Suisse*, IV, 1.)—De la paralysie ascendante aiguë ou maladie de Landry, par Petit. (*Gaz. hebd.*, 20 mai.) — Du ramollissement de la moelle épinière, par Nauwerck. (*Morgagni*, janvier.) — Dégénérescence descendante et ascendante de la moelle à la suite d'une compression cervicale, par Codéluppi. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 4.) — Contribution à la pathologie des scléroses postéro-latérales de la moelle épinière, par R. Massalongo. (*Medicina contemporanea*. octobre et novembre 1886.) — Un cas de paralysie progressive compliqué de sclérose latérale amyotrophique, par Zacher. (*Neurol. centr.* 1886, n° 23.) — Sclérose amyotrophique, par Florand. (*Thèse de Paris*, 19 février.) — Amyotrophie tabétique, par Condoléon. (*Ibid.*, 16 février.) — La maladie de Friedreich, diagnostic différentiel d'avec l'ataxie locomotrice et la sclérose en plaques, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 26 avril.) — Ataxie locomotrice ancienne. Arthropathies des hanches et de la colonne vertébrale. Fracture spontanée de la jambe gauche, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 janvier.) — Sur l'étiologie de l'ataxie locomotrice, par Teissier. (*La Province méd.*, 3 mars.) — La localisation du réflexe rotulien dans le tabes, par Minor. (2e *Cong. des méd. russes*, *Moscou.*) — Le masque tabétique, par D. Miliotti. (*Il Morgagni*, janvier.) — Mal perforant des valvules aortiques des ataxiques, par Teissier. (*Lyon méd.*, p. 49, 8 mai.) — De la pathogénie du tabes dans ses rapports avec la syphilis, par

Bianchi. (*Giorn. int. d. sc. med.*, n° 3.) — Tumeurs de la moelle et syringomyélie, par Wichmann. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 318.)

Monstre. — Sur la formation de monstres doubles, par Dareste. (*Acad. des sciences*, 7 mars.) — Monstruosité chez un fœtus humain, cyclopie et astomie, par Gaudin. (*Marseille méd.*, n° 12, 1886.)

Muscle. — Sur l'accroissement du muscle temporal après la naissance et sur certains rapports anatomiques de la région temporale, par Della Rosa. (*Wien. med. Wochenschrift*, n° 12.) — Expériences sur l'influence de petites quantités de chaux, de potasse et d'autres sels sur le tissu musculaire, par Sidney Ringer. (*The journ. of physiology*, vol. VII, p. 291.) — Expériences pour la détermination du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail, par Chauveau et Kaussmann. (*Acad. des sciences*, 25 avril.) — Conséquences physiologiques de la détermination de l'activité spécifique des échanges ou du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire dans les muscles en repos et en travail, par Chauveau. (*Ibid.*, 16 mai.) — Méthode pour la détermination de l'a ctivité spécifique des échanges intra-musculaires ou du coefficient de l'activité nutritive et respiratoire des muscles en repos et en travail, par Chauveau. (*Ibid.*, 23 mai.) — L'activité musculaire et l'équivalence des forces, par Herzen. (*Rev. sc.* 19 février.) — Travail musculaire et chaleur animale, par Sanson. (*Ibid.*, 5 mars.) — Travail et chaleur musculaire, par Fredericq. (*Ibid.*, 9 avril.) — Sur la réaction chimique des muscles striés et des diverses parties du système nerveux à l'état de repos et après le travail, par Moleschott et Battistini. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 1.) — Les dernières manifestations de la vie des muscles, par Rouget. (*Acad. des sciences*, 4 avril.) — De la régénération des muscles lisses, par Busachi. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 12 février.) — De la myosite infectieuse primitive, par Brunon. (*Thèse de Paris*, 21 avril.) — Myosite ossifiante consécutive à un traumatisme, par T. Simpson. (*Brit. med. journ.*, p. 1026, novembre 1886.) — Recherches expérimentales sur l'atrophie musculaire, par Ceci et Smutni. (*Soc. ital. de chir., congrès de Gènes.*) — Thomsen (maladie de), par P. Marie. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — De la rupture sous-cutanée du biceps brachial d'origine traumatique, par Sallefranque. (*Thèse de Paris*, 6 janvier.)

Myxœdème. — Du myxœdème, par Ord. (*Brit. med. journ.* 27 nov. 1886.)

N

Nerf. — Structure du tissu interstitiel des nerfs périphériques, par Petrone. (*Gaz. d. ospitali*, n° 4.) — Étude des rapports entre les nerfs craniens et le sympathique céphalique chez les oiseaux, par Magnien. (*Acad. des sciences*, 3 janv.) — De la signification morphologique du ganglion cervical supérieur et de la nature de quelques-uns des filets qui y aboutissent ou en émanent chez divers vertébrés, par Rochas. (*Ibid.*, 21 mars.) — Sur les nerfs craniens d'un embryon humain de 32 jours, par Physalix. (*Ibid.*, 24 janv.) — Structure du nerf optique, par Sala. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 1.) — Des nerfs sensitifs et des appareils réflexes de la moelle, par Hallsten. (*Arch. f. Anat. Phys.; phys. Abth.*, 1886, p. 500.) — Effets produits par l'excitation des nerfs centripètes sur les mouvements respiratoires du tronc après l'ablation du bulbe, par Wertheimer. (*Soc. biol.*, 29 jan-

vier.) — Rapport entre la conduction et l'excitation du nerf, par E. Hirschberg. (*Arch. f. ges. Phys.* XXXIX, p. 75.) — Trijumeau et expression faciale, par Filehne. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, p. 432, 1886.) — Méthode nouvelle et délicate pour apprécier l'action de diverses substances sur la sensibilité, en utilisant le réflexe nasal de la grenouille, par Mays. (*The Journal of physiology*, vol. VII, p. 458.) — Recherches histologiques sur le mode de terminaison des nerfs sensitifs cutanés chez l'homme, par A. Goldscheider. (*Archiv für Anat. und Physiol.* Suppl. Band 1886, p. 189.) — Influence du système nerveux sur la rigidité cadavérique, par G. Anst. (*Archiv f. ges. Phys.* XXXIX, p. 241.) — Effets persistants de la section du sympathique cervical, par Pye Smith. (*Journ. of physiol.*, VIII, 1.) — La polinévrite primitive et les maladies de la moelle, par Ferrannini. (*La Riforma med.*, 26 avril.) — Un cas de névrite multiple primitive, par Comini. (*Gaz. med. ital. lomb.*, n° 3.) — Névrite multiple dans un cas de paralysie alcoolique, examen de la moelle et des nerfs, par Biggs. (*N. York neurol. Soc.*, 1er mars.) — D'une cause des douleurs temporo-occipitales (céphalalgie pharyngo-temporale), par Legal. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XL, n° 2.) — Sciatique double, contracture unilatérale rebelle du triceps sural, guérison par le massage, par Reignier. (*Le Concours méd.*, 29 janv.) — Note sur un cas d'érythromélalgie, par Paul Berbez. (*France médicale*, 1er février.) — Zona sciatique, par Hanot. (*Arch. de méd.*, mars.) — Troubles trophiques dans les membres inférieurs consécutifs à un traumatisme médullaire; amputation de la jambe gauche; guérison, par Wallich. (*Ibid.*, avril.) — Traitement des névralgies par une nouvelle méthode anesthésique, par Adamkiewicz. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 335.) — La thérapeutique des nerfs, ses applications dans le traitement de la névralgie faciale et d'autres affections nerveuses douloureuses, par Corning. (*N. York med. Record.*, 19 mars.) — Traitement de la sciatique par les injections intra-nerveuses d'acide osmique, par Stékoulis. (*Cong. des méd. grecs*, *Semaine méd.*, 25 mai.) — Tic douloureux datant de 12 ans traité avec succès par le salicylate à hautes doses, par Dercum. (*Philad. med. Times*, 16 avril.) — Spasme et tic douloureux de la face, névrectomie et élongation nerveuse, par Hinsdale. (*Ibid.*, 22 janv.) — Plaie par arrachement du coude; perte de substance du médian et sa suppléance fonctionnelle par le cubital, par Ferret. (*Progrès médical*, 7 mai.) — Du traitement des sections nerveuses par la suture, par Tillaux. (2e *Cong. franç. de chir.*) — Neurorraphie avec extension du médian, par Schüller. (*Berl. klin. Woch.*, 12 juillet 1886.) — Les sutures nerveuses, par Augagneur. (*La Province méd.*, 9 avril.) — Suture du nerf médian dix semaines après sa division; retour des fonctions du nerf, par Bland Sutton. (*Brit. med. Journ.*, p. 112, janv.) — Fibrosarcome caverneux du nerf radial propagé au triceps brachial, par Van Imschoot. (*Bull. Soc. méd. de Gand*, janv., n° 2.) — Tumeur du plexus brachial, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 30 mars.) — Un cas de névrogliome du ganglion de Gasser, par Fr. Hansch. (*Diss. inaug. Munich*, 1886.) — Névrome survenu à la suite d'une plaie de la poitrine, par Dubreuilh. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 février.)

Nerveux (Syst.). — La vitesse comparée des sensations, par Bloch. (*Rev. scientif.*, 7 mai.) — Action de quelques substances chimiques sur les centres nerveux, par Blake. (*Journ. of physiol.*, VIII, 1.) — Maladies nerveuses et leur diagnostic, traité des phénomènes produits par les maladies du système nerveux, par Wood. (In-8°, *Philadelphie.*) — Les prédestinés, contribution à l'étude des maladies nerveuses et mentales, par Fusier. (*Thèse de Paris*, 29 mars.) — Sur un singulier phénomène d'hallucination observé chez une névropathe, par de Giovanni. (*Riv. sper. di freniat.*, XII, 4.)

Névrose. — Monographie des névroses professionnelles et de leur traitement, par LALLEMANT. (*Thèse de Paris,* 28 avril.) — La névrose, étude clinique et thérapeutique, dyspepsie, anémie, rhumatisme, par LEVEN. (In-8°, *Paris.*) — Étude clinique de la céphalée neurosthénique, par LAFOSSE. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Les relations entre la migraine des enfants et des troubles oculaires, par C. SINCLAIR. (*Journ. of amer. med.Ass.*, 26 février.) — Variétés cliniques et traitement rationnel des migraines, par LIÉGEOIS. (*Rév. gén. de cliniq.*, 10 mars.) — De la névrite multiple et de ses rapports avec certaines névroses périphériques, par ALLEN STARR. Revue très complète et obs. pers. (*Med. News*, 5 fév.) — Pathologie et traitement de l'hémicranie. Revue. (*La Riforma med.*, 12 fév.)

Nez. — Leçon sur les névroses réflexes nasales et pharyngées, par MAC BRIDE. (*Brit. med. Journ.*, 29 janv.) — Éternuement hystérique vraisemblablement guéri par les applications intranasales d'un courant continu, par SOLIS COHEN. (*N. York med. Journ.,* 29 janv.) — Note sur un cas de convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza, par CORIVEAUD. (*Concours méd.*, 7 mai.) — Prophylaxie de la rhinite sympathique, par RICHEY. (*Chicago med. Journ. and examiner,* déc. 1886.) — Affections du nez comme cause de maladies des yeux, par CHEATHAM. (*Americ. practitioner*, 2 avril.) — De l'épistaxis et de son traitement au point de vue rhinologique, par BAUMGARTEN. (Broch., *Vienne*, 1886.) — Epistaxis, par FORGUE et BOINET. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Étude clinique des complications auriculaires de l'ozène, par WYSS. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 599.) — Catarrhe hypertrophique de la partie antérieure du nez comme cause de surdité catarrhale chronique, par EATON. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, 1 et 2.) — De l'emploi du thymol dans le traitement du catarrhe nasal atrophique, par RALPA SEISS. (*Med. News*, 2 avril.) — Traitement du coryza aigu, par KNICKERBOCKER. (*American Lancet*, fév.) — Deux cas d'abcès de l'antre d'Highmore simulant un catarrhe nasal chronique, par FRONTIS. (*North Carolina med. Journ.,* janv.) —Occlusion membraneuse complète des arrière-fosses nasales, par MEYERSON. (*Medycyna*, n° 8.) — Occlusion congénitale des orifices postérieurs des fosses nasales, par HUBBELL. (*Buffalo med. Journ.*, déc. 1886.) — Nouvelles applications de l'alcool éthylique aux affections des muqueuses nasale, pharyngée et laryngée; emploi local de l'acétate d'alumine tartarisé et de l'iodol au traitement de ces affections, par V. COZZOLINO. (*Arch. ital. di laring.*, VII, 2.) — Rhinolithe, par C. BABER. (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, 3 mars.) — Observation de rhinolithe, par AUG. CLAY. (*Brit. med. journ.*, p. 328, févr.) — Sur le rhinosclérome, par DITTRICH. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 15.) — Du rhinosclérome, par BENDER. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 19.) — Plaie du nez, élargissement de la racine, épaississement de la cloison, opération, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 8 fév.) — Difformités de la cloison nasale, nouvelle opération pour les modifier, par BOSWORTH. (*N. York med. Record.,* 29 janv.) — Tumeur osseuse du nez aux dépens du cornet inférieur, par WEIR. (*N. York surg. Soc.*, 8 fév.) — Fibro-sarcome de la cloison des fosses nasales, opération, guérison, par CALMETTES et CHATELLIER. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mars.) — Sarcome vasculaire du nez. Ablation. Nécessité d'une autoplastie, par ROUTIER. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 772.) — Polypes naso-pharyngiens, par BOUILLY. (*Gaz. des hôp.,* 8 janv.) — Note sur un cas de polype naso-pharyngien, par MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, 23 janv.) — Faits relatifs aux polypes muqueux des fosses nasales, par LUC. (*Union médicale*, 12 février.) — Attaques épileptiformes causées par la présence de polype rétro-nasal, par RICHARDSON. (*Asclepiad*, n° 13.) — Moyen de faciliter l'extirpation des polypes muqueux du nez, par LABUS. (*Gaz. d. ospitali*, n° 3.)

Nutrition. — Influence de l'eau sur la nutrition, par ALBITZKI. (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*)

Nystagmus. — Nystagmus latéral, par JESSOP. (*Ophthalm. Soc. of London*, 23 mars.)

O

Occlusion intestinale. — De l'occlusion intestinale, par DELORE. (*Lyon méd.*, p. 50, 8 mai.) — Occlusion intestinale chez un enfant qui avait avalé des fils de laine ; guérison par un purgatif, par WHITE. (*Med. News*, 1er janvier.) — Volvulus de la première portion de l'intestin grêle, par HARTMANN. (*Société anatomique*, 1er octobre.) — Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques, par DESNOS. (*Union médicale*, 5 avril.) — Occlusion intestinale. Lavage de l'estomac ; guérison, par JOCQS. (*France médicale*, 15 janvier.) — De l'inversion et de la faradisation combinées dans le traitement de l'étranglement interne, par FOLLET. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 3 mars.) — Invagination intestinale traitée avec succès par l'injection d'air ; deux récidives ; guérison, par ELLIOTT. (*Lancet*, 8 janvier.)

Œdème. — Sur les œdèmes vaso-moteurs, par TEISSIER et LECREUX. (*La province méd.*, 5 fév.) — Sur les œdèmes vaso-moteurs, par TEISSIER. (*La province méd.*, 3 mars.)

Œil. — Recherches d'anatomie comparée, sur le volume et le poids de l'œil des animaux domestiques, par EMMERT. (*Zeit. f. vergl. Augenh.*, déc. 1886.) — Structure optique de l'œil des cétacés et des poissons, par MATTHIESSEN. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 204.) — Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés, par MOTAIS. (In-8°, *Paris.*) — L'histologie normale et pathologique de l'œil et des paupières, par POLLOCK. (In-8°, *Londres*, 1886.) — Contribution à la morphographie de la papille du nerf optique, par SZILI. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, janv.) — Étude sur la nutrition de l'œil, d'après des expériences faites avec la fluorescéine et la naphtaline, par PANAS. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 2, p. 97.) — Nouvelles recherches sur la physio-pathologie de la sécrétion de l'humeur aqueuse, par CASTALDI. (*Ann. di ottalm.*, XV, p. 429.) — Influence des sons et des vibrations du diapason sur l'œil, par STEIN. (*Deuxième Cong. des méd. russes, Moscou.*) — Examen de la réfraction dans quelques écoles de Stockholm, par WIDMARK. (*Nordiskt med. Arkiv.*, XVII.) — Études sur les contractions astigmatiques du muscle ciliaire, par C. MARTIN. (*Ann. d'oculist.*, XCVII, 1 et 2, p. 5.) — Sur la substitution dans l'éclairage ophtalmoscopique binoculaire de la lumière directe à la lumière latérale réfléchie, par GIRAUD-TEULON. (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, XVI, n° 49.) — De l'ophtalmoscope et du diagnostic ophtalmoscopique, par DIMMER. (In-8°, *Vienne.*) — Effets toxiques de petites doses de duboisine (instillation dans les yeux), par CHADWICK. (*Lancet*, 8 janv.) — *Idem*, par C. KOLLOCK. (*Med. News*, 26 mars.) — Action des myotiques et des mydriatiques sur l'accommodation, par LANG et BARRETT. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 3.) — Revue critique des travaux concernant l'œil et ses maladies pendant les années 1885-1886, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 6 mars.) — Leçons sur les maladies parasitaires de l'œil, par W. VON ZEHENDER. (*Brit. med. journ*, p. 1073, déc. 1886.) — Rapport sur les affections des yeux à l'ambulance de la Croix-Rouge à Saint-Pétersbourg, par KUBLI. (*Westnik ophtalm.*, janv.

et *Revue d'ophtalm.*, janv.) — Contribution à l'étude des anomalies congénitales des yeux, par LANDESBERG. (*Klin. Monat. f. Augenh.*, oct. 1886.) — Méthode de l'inclusion du globe oculaire, par HAENSELL. (*Bull. de la clin. nat. opht.*, IV, 4.) — Phosphènes, par NUEL. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Guérison d'une aveugle-née, par DOR. (*Lyon méd.* 30 janv.) — Héméralopie, par GAYET. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — De l'artériosclérose et de ses principales manifestations oculaires, par DELALONDE. (*Thèse de Paris*, 21 fév.) — Étude sur l'anatomie pathologique des yeux dans les affections du rein, par HERZOG. (In-8°, *Wiesbade.*) — Contribution à l'anatomie pathologique de l'œil dans les maladies du rein, par CHARLES DE BAVIÈRE. (In-8°, 77 p., *Wiesbade.*) — Contribution à l'étude clinique des affections oculaires dans le diabète sucré, par LAGRANGE. (*Arch. d'ophtalmologie*, VII, n° 1, janv.-février.) — Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés, par KALTENBACH. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 août 1886.) — De l'ophtalmie des nouveau-nés, par CALHOUN. (*Atlanta med. journ.*, mars.) — Notes cliniques : 1° double dacryodénite ; 2° une famille d'anirides ; 3° un cas d'ophtalmoplégie double ; 4° corps étranger de l'œil, épine noire enchâssée dans la cornée, par CAUDRON. (*Revue d'ophtalm.*, janv.) — Note sur un cas de sclérotite, par C. STADERINI. (*Annali di ottalm.*, XV, f. 5 et 6.) — De l'inflammation sympathique du globe oculaire, par MARIUS GUNN. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 3.) — Un cas d'ophtalmie sympathique 35 ans après la blessure ; guérison par l'énucléation, par CORNWALL. (*The Am. Journ. of ophtalm.*, janvier.) — Affections hystériques des muscles oculaires par BOREL. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 1 janv.-févr.) — Origine de l'amaurose consécutive aux hémorragies, par ZIEGLER. (*Il Morgagni*, mars.) — De la phlébite des veines ophtalmiques, par GAILLARD. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Un cas d'amaurose asymétrique produite par le tabac, par HUTCHINSON. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 2.) — Rechute de névrite optique avec développement de nouveaux vaisseaux en avant de la papille, par HUTCHINSON. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 2.) — Sur l'hémiopie, par CSAPODI. (*Wiener med. Blätter*, p. 278, n° 9.) — Névrite optique avec symptômes cérébraux ; guérison, par FRIEDENWALD. (*The New York med. journ.*, 5 février.) — Incision de la gaine du nerf optique dans certains cas de tuméfaction de la papille, par BRUDENELL CARTER. (*Med. soc. of London*, mars.) — La réaction du corps ciliaire sous l'influence des plaies, par CRENICEAU. (*Klin. Monats. f. Augenh.*, août 1886.) — Ophtalmoplégie aiguë externe chez une fillette de 2 ans, par G. BERRY. Discussion GOWERS, SHARKEY, etc. (*Soc. opht. de Londres Brit. med. journ*, p. 283, fév.) — L'ophtalmoplégie nucléaire, par BLANC. (*Arch. de méd.*, janv. 1887.) — Diagnostic des paralysies syphilitiques de la 3e paire, par FOURNIER. (*Bulletin méd.*, 13 mars.) — Diagnostic des paralysies tabétiques de la 3e paire, par FOURNIER. (*Ibid.*, 16 mars.) — Détachement du corps vitré, par MILLES. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 1.) — Éviscération du globe avec corps vitré artificiel, par MULES. (*Trans. of opht. soc. of unit. Kingdom*, V, p. 200.) — Éviscération du globe oculaire, avec introduction d'un corps vitré artificiel en argent, par W. KEALL. (*Brit. med. journ.*, p. 329, fév.) — Note sur un cas de blessure de l'œil avec section complète du droit inférieur, par DE BRITTO. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 1, janv.-février.) — Tumeur primitive du nerf optique, par TILLAUX. (*Gaz. des hôp.*, 17 février.) — Observation de sarcome intra-oculaire produisant l'ophtalmie sympathique, par MILLES. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 1.) — *Ibid.*, par BRAILEY. (*Ibid.*) — De l'emploi du thermocautère dans la chirurgie oculaire, par GALEZOWSKI. (*Rec. d'ophtalm.*, VIII, n° 12.) — Sur quelques emplois du fer rouge en oculistique par MAUFRAIS. (*Thèse de Paris*, janv.) — Traitement de l'ophtalmie granuleuse par l'acide phénique, par E. COLLINS. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, n° 3.)

— De la péritomie ignée, ses applications en thérapeutique oculaire, son mode d'action et ses avantages, par CULLERRE. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — De l'antisepsie en oculistique, par ROHMER. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 2, p. 129.)

Œsophage. — Imperforation de l'œsophage, par VINCENT. (*Lyon méd.*, p. 406, 20 mars.) — Diagnostic du rétrécissement de l'œsophage, par OGSTON. (*Manchester med. chronicle*, janv.) — Du cancer de l'œsophage, par KRUSEUSTERN. (*Inaug. Diss. Saint-Pétersbourg*, 1885 et *London med. Record*, 15 mars 1887.) — Cancer de l'œsophage, mort subite, abcès cérébral, par ROSS (*Canadian Practitioner*, fév.)

Œuf. — Note sur la technique relative à l'extraction des œufs de lapine, par RETTERER. (*Soc. biol.*, 19 fév.) — Sur la disparition de la zone pellucide dans l'œuf de la lapine pendant les premiers jours qui suivent la fécondation, par TOURNEUX et HERMANN. (*Soc. biol.*, 29 janvier.)

Olfaction. — Anatomie comparée du centre olfactif, par ZUCKERKANDL. (In-8°, *Stuttgardt.*)

Ongle. — De la guérison de l'ongle incarné par les applications d'iodoforme, par FOURNIER. (*Journ. de méd. de Paris*, 10 avril.) — Hyperkératose sous-unguéale, par HEBRA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 7.)

Orbite. — Considérations sur la pathogénie des kystes dit séreux de l'orbite, à propos d'une nouvelle observation, par PANAS. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 1, janv.-février.) — Tumeur de l'orbite avec exophtalmie, par VENNEMANN. (*Rev. méd. de Louvain*, janv.)

Oreille. — Recherches sur l'anatomie de l'oreille, par BARTH. (*Zeit. f. Ohrenheilk.*, XVII, n°s 3 et 4.)— Étude expérimentale sur le rôle du limaçon osseux dans l'audition, par GELLÉ. (*Gaz. des hôp.*,19 mai.) — Sur les fonctions des canaux semi-circulaires, par VIGUIER. (*Acad. des sciences*, 21 mars.) — Sur la fonction des canaux semi-circulaires, par STEINER. (*Ibid.*, 18 avril.) — Anomalie de l'oreille externe, absence du conduit auditif, de l'oreille moyenne et de la trompe d'Eustache, par ROULLEAUD. (*Progrès méd.*, 9 janv.) — L'oreille et la médecine légale et militaire, par COZZOLINO. (*Morgagni*, avril.) — La surdité étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique, par COZZOLINO. (*Bull. delle sc. med.*, déc. 1886.) — Leçons sur les maladies de l'oreille avec formulaire thérapeutique, par COZZOLINO.(In-8°, *Naples.*) — Manuel d'otologie, par V. GRAZZI. (*Florence.*) — Représentation graphique des résultats de l'épreuve de l'ouïe avec le diapason, par HARTMANN. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, n°s 1 et 2.) — Étude des sons et des bruits, par A. BARTH. (*Ibid*). — Étude de l'épreuve de l'ouïe avec le diapason, par BARTH. (*Ibid.*) — Résultats statistiques sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Rinne et sur l'interprétation qu'on peut en tirer pour la fonction de l'appareil de l'audition, par BURCHARDT-MERIAN et BEZOLD. (*Ibid.*, XVII, n°s 3 et 4.) — De l'audition à travers les os et de la valeur de l'épreuve de Rinne pour le diagnostic des affections de l'appareil nerveux auditif, par BARR. (*Ibid.*,n°s 3 et 4.) — Quelques cas de scotome auditif, par LONGHI. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 13.) — Du tintement d'oreille et de son traitement par une nouvelle méthode d'injection d'air et d'évacuation alternatives, par JOHN WARD COUSINS. (*Brit. med. journ.*, p. 446, fév.) — Les troubles auditifs des employés de chemins de fer au point de vue de la sécurité des voyageurs, par LICHTENBERG. (*Berl. klin. Woch.*, 29 nov. 1886.) — Des accidents causés par les bruits très aigus, par BEUGNIEZ-CORBEAU. (*Journ. de méd. prat.*, mars.) — Un cas de vertige de Ménière, pathogénie, formes cliniques et traitement des différentes variétés de vertiges, par RUMMO. (*La Riforma med.*, 25 janv.) — De la maladie de Ménière, par

G. Brunner. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, nos 1 et 2.) — Un cas de vertige type de Ménière par suite d'otite moyenne purulente chronique, par Cozzolino. (*Boll. d. mal. dell'orecchio*, n° 1.) — Des bains de mer comme cause de maladies d'oreille, par Bacon. (*Med. News.*, 29 janv.) — Otite moyenne; complications cérébrales; guérison, par Bettman. (*Journal of amer. med. assoc.*, 1er janv.) — Méningite cérébro-spinale aiguë suite d'otite suppurée chronique, par Da Costa. (*Philad. med Times*, 8 janv.) — Un cas de nécrose du limaçon, par Hartmann. (*Zeit f. Ohrenh.*, XVII, nos 1 et 2.) — Nécrose et séparation du labyrinthe osseux, suivie d'expulsion du séquestre par le conduit auditif externe, par Barr. (*Lancet*, 29 janvier.) — Trépanation dans un cas d'otite mastoïdienne accompagnée de paralysie et d'aphasie, par Fitzgibbon. (*Brit. med. journ*, p. 461, fév.)—Abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, consécutif à une otite moyenne, guéri par la trépanation et le drainage, par W.-R. Gowers. (*Brit. med. journ.*, p. 1154, déc. 1886.) — Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la trépanation de l'apophyse mastoïde, par Hedinger. (*Zeit. f. Ohrenheilk.*, XVII, nos 3 et 4.) — Rupture du tympan par une chute sur la tête; écoulement sanguin à la suite d'une irrigation d'eau, fracture de la portion tympanique du temporal, par M. Ray. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XVII, nos 1 et 2.) — Nouvelle méthode de traitement du catarrhe chronique de l'oreille, par Seiss. (*Med. News*, 5 fév.) — Des insufflations d'air dans les oreilles moyennes, procédé de Politzer perfectionné par Jacquemart. (*Rev. de laryngol.*, mars.) — Un résultat des instillations d'alcool dans la caisse du tympan, par Schulte. (*Boll. d. malat. dell'orecchio*, n° 1.) — Galvanisme et bromure de quinine dans le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par Patterson. (*Therap. Gaz.*, 15 janv.) — Observation de corps étrangers dans l'oreille, par Delstanche. (*Ann. des mal. de l'oreille*, fév.) — Exostose du conduit auditif, par Story. (*Dublin med. journ.*, janv.) — Épithélioma de l'oreille, par Pooley. (*N. York med. Record*, 20 nov. 1886.) — Autre observation, par Joy. (*Ibid.*, 25 déc. 1886.)

Oreillon. — Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons, par Lannois et Lemoine. (*Arch. de neurol.*, XI, p. 1.)

Organismes inférieurs. — De la théorie parasitaire, par Pilla. (In-16, *Biella.*) — La bactériologie dans ses rapports avec la chirurgie, par H. Power. (*Brit. med. journ.*, p. 1142, déc. 1886.) — Des rapports actuels de la bactériologie avec la chirurgie, par Kahlden. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 21.) — Les microbes, description avec figures, par Pochettino. (In-8°, *Rome.*) — Sur les phénomènes généraux de la vie des microbes, par Duclaux. (*Ann. de l'institut Pasteur*, avril.) — L'action de la lumière sur les microbes, par Duclaux. (*Rev. scientif.*, 5 fév.) — Culture pure de spirilles, par Esmarch. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 8.) — Méthode de culture des bactéries anaérobies, par Max Gruber. (*Cent. f. Bacteriologie.*, I, n° 12.) — Sur la culture des microbes anaérobies, par Roux. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév.) — Sur la préparation des milieux à la gélose pour la culture des bactéries, par Macé. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril.) — Des cultures avec le sérum sanguin, par Hueppe. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 20.) — Modification de la méthode de préparation du sérum sanguin pour les études bactériologiques, par Abbott. (*Med. News*, 19 fév.) — La liquéfaction de la gélatine par les bactéries, par Sternberg. (*Med. News*, 2 avril.) — Méthode de préparation des pommes de terre pour les cultures bactériologiques, par Meade Bolton. (*Med. News*, 19 mars.) — Nouvelle méthode d'estimation quantitative des organismes présents dans l'atmosphère, par Frankland. (*Proceed. of royal soc. of London*, XLI, p. 443.) — Des méthodes de recherches des bactéries, par Hueppe. (In-8°, *Wiesbade*,

1886.) — Des caractères anatomo-pathologiques généraux des lésions de causes microbiennes, par Bard. (*Arch. de physiol.*, 15 fév.) — Rôle des microbes pathogènes dans la transmission héréditaire des maladies infectieuses, par Straus. (*Le Bulletin méd.*, 30 mars.) — De l'influence des micro-organismes dans la genèse des maladies exotiques, par Rousselot-Benaud. (*Thèse de Lyon,* n° 354.) — Recherches bactériologiques dans le sol à Kramoeselo, par Smolenski. (*Vratch.* n° 6.) — Des rapports des micro-organismes avec l'agriculture, par A. Wollny. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 15.) — Diagnostic clinique des maladies internes par l'examen bactériologique et microscopique, par Jacksch. (*Wiener med. Blätter*, n° 12, p. 374.) — Des bactéries pathogènes, par Babès. (*Pester med. chir. presse*, n° 10.) — Contribution à l'étude des staphylocoques pyogènes, par Bonome. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, n° 1.) — Des différences de coloration entre les bacilles de la lèpre et ceux de la tuberculose, par Baumgarten. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 19.) — De la coloration des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, par Wesener. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 15.) — Sur les micro-organismes des voies aériennes à l'état de santé, par Wargunin. (*Vratch*, n° 13.) — D'un nouveau microcoque pathogénique d'une forme expérimentale de tumeurs par infection, ses rapports avec la pneumonie, par Manfredi. (*Giorn. int. di sc. med.*, n° 11, 1886.) — Contribution à l'étude du micrococcus de Friedlaender, par Henrijean. (*Arch. de biol.*, VI, n° 3.) — Le bacille de la morve, par Sternberg. (*Med. News*, 12 mars.)— Sur la présence du bacille virgule dans le liquide céphalo-rachidien, par de Simone. (*Gaz. des hospit.*, n° 3.) — De la bactérie septique de la vessie, par Clado. (*Thèse de Paris,* 1er mars.) — Note sur la présence de parasites dans les tumeurs fibreuses utérines et dans le liquide des kystes ovariens, sur leur rôle pathogénique probable, par Galippe et Landouzy. (*Gaz. des hôpit.*, 24 fév.)

Os. — Le tissu des os, les fibres perforantes de Sharpey, par Tafani. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, n° 1.) — Sur la multiplication des cellules de la moelle des os par division indirecte dans l'inflammation, par Cornil. (*Acad. des sciences*, 9 mai.) — Périoste; anatomie, par Retterer; pathologie, par A. Heydenreich. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Périostite, par Kirmisson. (*Ibid.*) — Tibia, anatomie et pathologie, par Heydenreich. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — De l'os glénoïdien, par Assaky. (*Soc. de biol.*, 8 janv.) — Note sur un osselet trouvé sur le bord postérieur de l'astragale, par Shepherd. (*Journ. of anat.*, janv.) — Observation d'apophyse sus-épitrochléenne bilatérale chez l'homme, par Nicolas. (*Soc. biol.*, 19 fév.) — De l'ostéomyélite prolongée, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Ostéomyélite chronique du tibia, par Bouilly. (*Gaz. des hôp.*, 27 janv., — Ostéomyélite épiphysaire suraiguë. Mort le 4e jour. Avant la suppuration présence du micro-organisme venant confirmer le diagnostic, par Paul Reynier. (*France méd.*, n° 44.) — Ostéomyélite aiguë du fémur dans l'enfance, nécrose secondaire à l'âge adulte, nécrotomie, ablation du séquestre, oblitération de la cavité par le refoulement et la suture des parties molles, par Lange. (*N. York surg. soc.*, 26 janv.) — Abcès osseux du tibia, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 26 fév.) — De la difficulté du diagnostic entre l'ostéomyélite insidieuse et l'ostéosarcome, par Deschiens. (*Thèse de Paris,* 4 fév. 1887.) — Tuberculose des os et ostéomyélite prolongée, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.) — Scrofulo-tuberculose des os, par Bouchard. (*Journ. de méd. de Bordeaux,* 9 janvier.) — Décollement traumatique des épiphyses inférieures du radius et du cubitus droits par arrachement avec disjonction interépiphysaire chez un enfant de dix ans, par Ozenne. (*Union médicale,* 4 janvier.) — A propos de la décapitation du fémur, opération de Margary, par Mollière. (*Lyon méd.*, 9 janv.) — Sur un

ostéome chez les militaires (os d'exercice) non décrit, par Ludwig. (*Cent. f. Chir.*, n° 45, 1886.) — Sarcome ostéoïde de l'extrémité supérieure de l'humérus droit, par Rouisson. (*Soc. anatomique*, 26 novembre.) — Note sur un ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur chez un enfant de 12 ans; tumeur du poids de 6 kilogrammes s'accompagnant de fièvre et de température locale élevée, par Giraud. (*Lyon méd.*, 8 mai.)

Ostéomalacie. — Sur un cas d'ostéomalacie sénile ou hyperplasie diffuse de la moelle osseuse avec disparition de la substance des os, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 juillet 1886.) — Sur un cas d'ostéomalacie avec peptonurie, par R. Stampacchia. (*Medicina contemporanea*, décembre 1886.)

Ovaire. — De la position et des rapports péritonéaux de l'ovaire des mammifères, par Robinson. (*Journ. of anat.*, janv.) — Statistique de 50 cas d'ovariotomie (une seule mort), par Skene Keith. (*Brit. med. journ.*, p. 270, fév.) — Résultat de 50 ovariotomies (1 mort), par Dohrn. (*Berl. klin. Woch.*. 2 août 1886.) — Statistique d'ovariotomies d'une année, 29 cas, 3 morts, par Goodell. (*Med. News.*, 29 janv.) — Quatre nouvelles ovariotomies et 2 hystérectomies suivies de guérison, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, janv.) — De la généralisation pleurale des tumeurs épithéliales de l'ovaire, par Auché. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 16 janvier.) — Ovariotomie, kyste de l'ovaire transplanté, accidents du nouveau pédicule, étude sur la séparation complète et le sort ultérieur, par Chalot. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Ovariotomie double, un des kystes enlevé par la région lombaire, l'autre par le devant de l'abdomen, adhérences totales; guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 26 mars.) — Observation de kyste sébacé de l'ovaire, par Mollière. (*Ibid.*, 28 avril.) — Torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire; présentation de pièces, par Monod. (*Bull. de la soc. de chir.*, p. 140.) — Ovariotomie pour l'excision d'un kyste dermoïde, par S. Stevenson. (*Lancet*, 29 janvier.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; Ovariotomie; guérison, par Terrier. (*Union médicale*, 31 mars.) — Hernie de l'ovaire, par Oliver. (*Lancet*, 12 février.) — Ovarite subaiguë et ovariotomie, par Löhlein. (*Deut. méd. Woch.*, n° 38, 1886.) — Trois opérations heureuses de L. Tait, par Meigs Wilson. (*Journal of Amér. med. ass.*, 5 fév., p. 159.) — De la castration chez la femme comme moyen curatif des troubles nerveux, par Magnin. (*Arch. de tocol.*, 15 avril.)

P

Palais. — Luette double, par Nachtigall. (*Deut. med. Zeit.*, n° 29.) — Paralysie du voile du palais à la suite du choléra, par Massei. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais. Restauration par un lambeau pris sur le vomer et par glissement de la fibro-muqueuse; guérison, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 26 avril.)

Pansement. — Dangers des pansements antiseptiques, par Zancarol. (*Cong. des méd. grecs*, *Semaine méd.*, 25 mai.) — La théorie et la pratique de la méthode de Lister, contribution expérimentale, par D. Morisani. (*Il Morgagni*, oct. nov. et déc. 1886.) — Des sutures, indications et contre-indications, par Poncet. (*La Province méd.*, 19 mars.) — De la réunion totale dans les grands traumatismes, capitonnage, suppression du train, par Fontan. (*Arch. de méd. navale*, avril.) — De l'emploi du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies opératoires, par Debu. (*Thèse de Paris*,

11 mars.) — L'iodoforme en chirurgie, par TURAZZA. (*Gaz. d. ospital.*, n° 26.) — Sur un mode de fixation à demeure des sondes dans la vessie et des drains dans les plaies; suture, par PONCET. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 25 mars.) — Nettoyage antiseptique des éponges, par DUMONTHIERS. (*Bull. de thér.*, 30 juillet 1886.)

Paralysie. — De la paralysie douloureuse de la 7e paire, par TESTAZ. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — Recherches cliniques et expérimentales sur les paralysies mercurielles, par LETULLE. (*Arch. de physiol.*, 1er avril.) — Origine du vertige paralysant, par GERLIER. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 mai.) — Rétractions fibro-tendineuses dans les paralysies spasmodiques par lésions organiques spinales et dans la contracture spasmodique hystérique (pied bot hystérique), par CHARCOT. (*Le Bulletin méd.*, 23 mars.) — Contribution à l'étude de la paralysie ascendante aiguë, par PITRES et VAILLARD. (*Arch. de physiol.*, 15 février.) — Paralysie ascendante aiguë de Landry, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 22 mars.) — Sur la paralysie de Landry, par SCHWARTZ. (*Wien. med. Blaetter*, n° 8, p. 249.) — Influence du massage sur le réveil de la motilité dans les paralysies organiques, par COURTADE. (*Rev. de clin. et thérap.*, 31 mars.) — Sur un cas de tremblement nerveux (paralysie agitante), par GUERMONPREZ. (*Gaz. des hôp.*, 22 février.) — Lésions dans la maladie de Parkinson, par DUBIEF. (*Thèse de Paris*, 28 février.) — Deux observations de paralysie pseudo-hypertrophique, par PAUL RAYMOND. (*France médicale*, nos 29 et 30.) — Des troubles trophiques de la peau consécutifs à la paralysie infantile, par FRISSARD. (*Thèse de Paris*, 21 février.) — Sur un cas de paralysie spasmodique infantile, par CATSARAS. (*Soc. méd. psychol.*, 28 février.)

Paralysie générale. — Des rapports de la paralysie générale chez la femme avec certains troubles de la menstruation, par G. PETIT. (*Arch. de tocol.*, 30 avril.) — Quelques paralysies viscérales dans la paralysie générale, par SAMSON. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) — Du diagnostic précoce de la paralysie générale et de ses rapports avec le tabes et la sclérose en plaques, par J. SYER BRISTOWE. (*Brit. med. journ.*, 1er janvier.)

Parole. — Pathologie et thérapeutique des anomalies du langage, par COEN. (*Vienne*, 1886.)

Parotide. — Parotidite bilatérale compliquant une fièvre typhoïde, par USIGLIO. (*Gaz. d. ospital.*, n° 6.) — Cystosarcome de la parotide, par SCHEFFER, (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er février.)

Paupière. — Colobome palpébral double congénital et colobome de l'iris, par SCHIESS GEMUSEUS. (*Rev. clin. d'oculist.*, VIII, 1.) — Kystes transparents du bord ciliaire des paupières, par TARTUFERI. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 1.) — Traitement des tumeurs érectiles de la paupière par la cautérisation avec le cautère Paquelin, par GOURAN. (*Normandie médicale*, 1er avril.) — Les opérations modernes pour le trichiasis, par BENSON. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 1.) — Entropion, par CHARVOT. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Ectropion cicatriciel, autoplastie, par TRÉLAT. (*Gaz. des hôp.*, 31 mars.) — De la restauration des paupières par la greffe cutanée, par ABADIE et VALUDE. (Broch., *Paris.*)

Peau. — Sur l'évolution épidermique et l'évolution cornée des cellules du corps muqueux de Malpighi, par RENAUT. (*Acad. des sc.*, 24 janvier.) — Coloration de la peau par l'usage prolongé du nitrate d'argent, par SHALLENBERGER. (*Med. News*, 9 avril.) — Dermatite herpétiforme, variété pustuleuse, par DUHRING. (*Med. News*, 5 mars.) — Du myasis externe dermatosique, par JOSEPH. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, n° 3 et 4.)

Pellagre. — De la pellagre en Autriche et en Roumanie, par Neusser. (In-8°, *Vienne.*) — Recherches sur la pellagre, par Neusser. (*Wien. med. Woch.*, n° 5, p. 132.) — Note sur un cas de pellagre sporadique, par H. Mollière (*Lyon méd.*, 8 mai.)

Périnée. — Périnée; anatomie et physiologie, par Coyne; pathologie, par L. Lereboullet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Périnéorrhaphie, par Kirmisson. (*Ibid.*) — Etude critique sur les déchirures du périnée, par Joffrin. (*Thèse de Paris,* 12 mai.) — Déchirures du périnée, par Budin. (*Semaine méd.*, 9 mars.) — Indications et méthodes de périnéoplastie, par Küstner. (In-8°, *Stuttgardt.*)

Péritoine. — Rapports du péritoine et du cœcum, par Tuffier. (*Soc. anat.*, 5 novembre 1886.) — Péritoine; anatomie et physiologie, par Baraban. (*Dict encycl. des sc. méd.*) — Péritonites, par P. Spillmann et Ganzinotty. (*Ibid.*) — Sur quelques cas de péritonite, par Goodhart. (*Lancet*, 26 février.) — Fistule stercorale consécutive à une entéro-péritonite, par Gallozzi. (*La Riforma med.*, 5 février.) — Néphrite, urémie, péritonite, abcès intra-abdominal, ouverture à l'extérieur; guérison, par Frignani. (*La Rassegna di sc. med.*, janvier.) — De l'incision palliative dans la péritonite tuberculeuse, par Hofmokl. (*Wien. med. Woch.*, n° 15.) — Pelvipéritonite suppurée, abcès considérable, ouverture par la paroi abdominale, drainage; guérison, par Terrillon. (*Ann. de gynéc.*, février.) — Péritonite blennorragique, incision abdominale; guérison, par Ceppi. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 mai.)

Peste. — Sur la peste asiatique, prophylaxie et traitement, par Tedeschi. (In-16, *Palerme.*) — Peste, par J. Mahé. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Pharmacologie. — Pharmacie, par Thomas; pharmacologie, par Blarey. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Pharmacologie du groupe de la quinoline, par Pellacani. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 1.) — De l'hydroquinone; recherches cliniques et expérimentales, par G. Silvestrini et Z. Picchini. (*Il Morgagni*, octobre 1886, janvier et mars 1887.) — De l'hydroquinone, par Silvestrini et Picchini. (*Il Morgagni*, mars.) — Action de l'acétanilide sur les échanges matériels chez l'homme, par Livierato. (*La Riforma med.*, 2 mai.) — Études physiologique et thérapeutique de l'acétanilide, par Weil. (*Thèse de Paris*, 17 janvier.)— Sur l'antifébrine et les substances qui s'en rapprochent, par A. Cahn et P. Hepp. (Confirmation pour l'antifébrine de leurs observations antérieures, *R. S. M.*, XXIX, 50.) (*Berlin. klin. Woch.*, 3 janvier, et *Progrès méd.*, 15 janvier.) — Note sur l'antifébrine, par Cesari et Burani. (*La Riforma med.*, 20 janvier.) — Sur l'antipyrine, par Cattani. (*Gaz med. ital. lomb.*, 29 janvier.) — De l'action de l'antifébrine comparée aux effets de l'antipyrine et de la thalline, par Anserow. (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*) — De la thalline comme antipyrétique, par Riedinger. (*Münch. med. Woch.*, 1886, p. 682.) — Recherches sur la toxicité de la colchicine, par Mairet et Combemale. (*Acad. des sc.*, 14 février.) — Sur le mode d'action de la colchicine prise à dose thérapeutique et le mécanisme de cette action, par Mairet et Combemale. (*Acad. des sc.*, 21 février.) — L'action physiologique de la spigelia, par Hare. (*Med. News*, 12 mars.) — De la drumine comme anesthésique local, par Ogston. (*Brit. med. journ.*, 20 février.) — Note sur l'action de la Reinijia ferruginea, par Pinet et Duprat. (*Soc. biol.*, 19 février.) — Sur le chlorhydrate de péréirine, par Ferreira. (*Bull. de thérap.*, 15 avril.) — Sur un nouveau produit tiré de l'opium, présentant les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la narcéine, par Laborde. (*Soc. de biol.*, 5 mars.) — Sur l'anémonine, par Hanriot. (*Acad. des sc.*, 9 mai.) — Du sulfate de spartéine, par Stœssel. (*Cent. f. gesam-*

mte Therap., n° 4.) — Étude sur le sulfate de spartéine, par ROLAND. (*Poitou méd.*, 1er février.) — De l'action physiologique de l'uléxine, par PINET. (*Arch. de physiol.*, 15 février.) — De l'adonis estivalis, par ALBERTONI. (*Bull delle sc. med.*, décembre 1886.)—Émétine et émétique, par E. LABBÉE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Thé, par ERNEST LABBÉE. (*Ibid.*) — Thalline, par CH. ELOY. (*Ibid.*) — Haschisch, par C. ELOY. (*Ibid.*) — Héllébore, par PÉCHOLIER. (*Ibid.*) — Notes sur l'action du chanvre indien, par AMORY HARE. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Que deviennent les formiates introduits dans l'organisme, par GRÉHANT et QUINQUAUD. (*Acad. des sc.*, 14 février.) — Action des sels de calcium, de potassium et de sodium sur le cœur de la grenouille et sur les muscles, par RINGER et BUXTON. (*Journ. of physiol.*, VIII, 1.) — Sur la toxicité de l'acétylène, par LUPU-BROIMER. (In-8°, *Paris.*) — Étude clinique sur le salol, par MONTANGE. (*Thèse de Lyon*, n° 353.) — L'ichthyol, par LARTIGAU. (*Gaz. des hôp.*, 17 février.) — Sur le terpinol, par BOUCHARDAT et VOIRY. (*Acad. des sc.*, 4 avril.) — Acide phénique, emploi médical, par PÉCHOLIER et BROUSSE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Sur la liquéfication de l'acide phénique cristallisé, par PERRON. (*Arch. de méd. milit.*, février.) — Quelques considérations sur la préparation de la solution officinale de perchlorure de fer, par VITTE. (*Gaz. hebdom. de Montp.*, n° 3.) — De l'extraction du mercure, et en particulier du calomel, de l'organisme, par SALLY LANDSBERG. (*Diss. inaug.*, *Breslau*, 1886.)

Pharynx. — De la bourse pharyngée, par SCHWABACH. (*Arch. f. mik. Anat.*, XXIX, 1.) — Pharynx, anatomie, par ARLOING ; pathologie, par ARNOZAN et MOURE. Pharyngotomie, par BROCA. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Des causes du gonflement de l'amygdale pharyngée, par ZIEM. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 23 février.) — Les végétations adénoïdes du pharynx, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — Affections de la voûte du pharynx, par GRADLE. (*Chicago med. journ. and examin.*, janvier.) — Pharyngocèle et dilatation du pharynx, pharyngotomie, par WHEELER. (*Dublin med. journ.* nov. 1886.) — Ulcérations syphilitiques et tuberculeuses de la gorge, par ARNOLD. (*Pacific. med. and. journ.*, n° 4.) — Abcès rétro-pharyngien chez un adulte, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Papillome de la muqueuse de l'isthme du gosier, par MASSEI. (*La Riforma med.*, 7 avril.) — Sarcome du pharynx extirpé par la résection partielle et la luxation du maxillaire inférieur, par LANGE. (*New York surg. soc.*, 23 février.)

Phlegmon. — Le traitement abortif du phlegmon, en particulier de celui des doigts, par les inoculations de résorcine, par L. WEISS. (*Med. Record. New York*, 27 novembre 1886.) — Phlegmon, par KIRMISSON. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Phosphaturie. — Phosphaturie, par MÉNARD. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Physiologie. — Cours de physiologie, par KUSS et DUVAL. (6e édit., *Paris.*)

Pied. — Orteil en marteau, nouveau traitement, par COHEN. (*Thèse de Paris*, 25 mai.)— Du pied bot, par PARKER. (*Lancet*, 29 janvier.)—Observation de cure radicale du pied bot, par RICHARD DAVY. (*Med. chir. Trans.*, LXVIII, p. 139.) — Appareil à traction élastique pour le redressement du pied bot équin, par MONNIER. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 113-114.)

Placenta. — La circulation dans le placenta de quelques mammifères, par TAFANI. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 1.) — Des anomalies du placenta, par TARUFFI. (*Ann. univ. di med.*, mars.) — Histologie pathologique du placenta abortif, par ZINOWIEFF. (*Thèse de Paris*, 31 mars.)— Placentas multiples, par AUVARD. (*Le Bulletin méd.*, 6 mars.) — Placenta prævia, par KELLY. (*Obst.*

Soc. of Philad., 3 février.) — Le placenta prævia, par Rusconi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 2.)

Plèvre. — Sur la pleurésie a frigore, par Landouzy. (*Gaz. des hôp.*, 15 février.) — Sur les rapports qui existent entre la pleurésie et la tuberculose au point de vue clinique, par Dunin. (*Gaz. hebdom.*, 6 mai.) — L'avenir des pleurétiques, par Mayor. (*Thèse de Paris*, 21 avril.) — Pleurésie diaphragmatique sèche, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 17 février.) — Pleurésie diaphragmatique et pelvi-péritonite, par Lasne. (*Thèse de Paris*, 22 mars.) — De la mort subite dans la pleurésie, par Weill. (*Rev. de méd.*, janvier.) — Des effets produits par l'épanchement pleural liquide abondant sur le volume et la dilatation inspiratoire du thorax, par Verstraeten. (*Bull. soc. méd. de Gand*, janvier.) — Pleurésie chronique, fistule pleurale; guérison, par van Raes. (*Arch. méd. belges*, mars.) — Traitement des épanchements pleurétiques, importance d'une prompte opération, par Zappala. (*Il Progresso med.*, n° 5.) — Des indications de la thoracentèse dans la pleurésie aiguë, par Jaccoud. (*Semaine méd.*, 16 février.) — Les injections intrapleurales et les crises épileptiques ; leur interprétation, par Pascale. (*Morgagni*, avril.) — Traitement de la pleurésie purulente, par Wibin. (2e édit., *Bruxelles.*) — De la pleurésie purulente latente et de son traitement, par Debove. (*Soc. méd. des hôp.*, 11 et 25 février.) — Sur un cas d'empyème et sur le processus qui aboutit à la perforation bronchique dans la pleurésie purulente, par Bond. (*Lancet*, 22 janvier.) — Cancer primitif de la plèvre, par Leclerc. (*Lyon méd.*, p. 367, 13 mars.)

Poil. — Épilation, par Juhel-Rénoy. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Un cas singulier de perte de la chevelure, par Lewinski. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 4.) — Cas d'atrophie progressive des bulbes pileux en forme d'aire avec disposition symétrique, par Cantani. (*Riforma med.*, n° 104.)

Poumon. — Poumon gauche à 3 lobes, par Giorgieri. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 3.) — Sur une fonction de la pression des capillaires dans les alvéoles pulmonaires, par Basch. (*Wien. med. Blätter*, n° 15.) — Du rôle physiologique du tissu pulmonaire, par M. Dupont. (*Soc. de thérap.*, 28 février.) — Relation d'une épidémie de pneumonies infectieuses observée au 71e de ligne à Saint-Brieuc, par Orion. (*Arch. de méd. milit.*, mai.) — Cas de pneumonie observés dans les prisons de Lyon en 1886, par Blanc. (*La Province méd.*, n° 14.) — Étiologie de la pneumonie chez les jeunes recrues, par Guillot. (*Thèse de Paris*, 27 janvier.) — Étude historique sur l'étiologie des inflammations aiguës du poumon et de la plèvre, par Weichselbaum. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 19.) — Pneumonie franche. Incubation, prodromes, par Morel-Lavallée. (*France méd.*, n° 51.) — De la persistance des phénomènes physiques de la pneumonie fibrineuse après la chute de la fièvre, par Maragliano. (*La Riforma med.*, 2 mars.) — Considérations sur la pneumonie croupale, d'après l'étude de 43 cas, par Mori. (*Raccoglitore med.*, n° 2.) — Sur la pneumonie aiguë, par Jaccoud. (*Acad. des sc.*, 25 avril.) — Deux cas de pneumonie, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 22 février.) — Sur une forme de broncho-pneumonie infectieuse d'origine intestinale, par Sevestre. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 janvier.) — Inconvénients de la défervescence précoce dans la pneumonie fibrineuse, par Pawlinoff. (2e *Cong. des méd. russes*, *Moscou.*) — L'ozone et la pneumonie, par de Fournès. (*Journ. d'hyg.*, 3 mars.) — De la pneumonie traumatique (par contusion), par A. Koch. (*Inaug. Diss. Munich*, 1886.) — Tuberculose pneumonique, pneumothorax partiel, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 17 mai.) — Pneumonie aiguë apyrétique chez un sujet urémique, par Lapponi. (*Raccoglitore med.*, n° 1.) — De la pyohémie consécutive à la pneumonie franche, par Perlis.

(*Thèse de Paris*, 26 mai.) — Du pneumothorax de cause interne, son pronostic, par Bouffaré. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) — Un cas de mycose broncho-pulmonaire, par Waugh. (*Philad. med. Times*, 16 avril.) — Gangrène pulmonaire déterminée par une perforation œsophagienne consécutive au ramollissement et à l'élimination d'un ganglion bronchique, par Netter. (*Soc. anat.*, 1er octobre.) — Étude sur les congestions pulmonaires arthritiques, herpétiques et scrofuleuses, par Collin. (*Union médicale*, 7 avril.) — Enfoncement du thorax ; hernie traumatique du poumon ; autopsie, par Alexandre. (*Soc. anat.*, 1er octobre.) — Cancer primitif du poumon, par Ménétrier. (*Ibid.*, 12 novembre 1886.) — Des tumeurs primitives du poumon (carcinomes et sarcomes), par F. Fuchs. (*Diss. inaug. Munich*, 1886.) — Plaie pénétrante du poumon par coup de feu, extraction de la balle ; guérison, par Croft. (*Lancet*, 5 février.) — La spartéine dans le traitement de la pneumonie croupale, par Gasparini. (*Gaz. med. ital. Lomb.*, n° 10.) — Valeur de la quinine comme antipyrétique dans la pneumonie, par Ripley. (*New York med. Record*, 29 janvier.) — Le traitement de la pneumonie dans les hôpitaux de Philadelphie. (*Med. news*, 5 mars.) Traitement de la pneumonie dans les hôpitaux de New-York. (*Ibid.*, 12 mars.) — Traitement de la pneumonie à l'hôpital général de Massachussets. (*Ibid.*, 19 mars.) — Pneumotomie et drainage dans un cas de caverne pulmonaire, par Neve. (*Lancet*, 5 février.) — Traitement chirurgical des cavernes pulmonaires. (*La Riforma med.*, 26 avril.)

Prostate. — Des méthodes de traitement de la prostatite, par Fischer. (In-8°, *Leipsig.*)

Psychologie. — Objet de la psychologie générale, par C. Richet. (*Rev. philos. de la France*, février-mars.) — La pensée et le travail chimique, par C. Richet. (*Rev. scient.*, 15 janvier.) — L'instinct, par C. Richet, (*Ibid.*, 21 mai.) — Remarques anatomiques à l'occasion de la nature de la pensée, par G. Pouchet. (*Ibid.*, 5 février.) — Recherches de psychologie expérimentale, par Sergi. (*Riv. sper. di freniat*, XII, 4.)

Ptomaines. — Matières extractives, ptomaïnes et leucomaïnes, par Pouchet. (*Rev. crit. in Rev. de méd.*, mars.)

Puerpéral (État.) — De l'hygiène des habitations, et des émanations putrides considérées comme cause d'infection puerpérale, par Playfair. (*Lancet*, 5 février.) — Sur un cas d'hyperthermie post-puerpérale. Température rectale 43°. Effet des bains frais ; guérison, par Skinner. (*Progrès médical*, 2 avril.)

Purpura. — Étude clinique sur le purpura, par H. Mollière. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 4.) — Du purpura hemoragica chez les femmes enceintes, par Philipps. (*Brit. med. journ.*, 13 novembre 1886.) — Purpura hémorragique avec œdèmes mobiles et crises gastro-intestinales, par P. Binet. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 510.) — Du purpura hémorragique et de la diathèse scorbutique, par B. Ward Richardson. (*The Asclepiad*, n° 13, vol. IV.)

Q

Quarantaine. — Considérations sommaires tendant à faciliter la revision du régime quarantenaire, par Sirus-Pirondi. (In-8°, 34 p., *Marseille.*)

Quinine. — Valeur de la quinine comme antipyrétique dans la pneumonie, par Ripley. (*New York Acad. of med.*, 20 janvier.)

R

Rachis. — Des déviations aortiques dans le mal de Pott, par Tounissant. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Arthrite vertébrale suivie d'ankylose et de scoliose des vertèbres cervico-dorsales; guérison par un traitement mécanique, par Robert Jones. (*Brit. med. Journ.*, p. 279, fév.) — Des causes de mort dans les déformations du rachis, par E. Neidert. (*Diss. inaug., Munich*, 1886.)—Entorse des vertèbres cervicales. Contusions de la moelle. Épanchement sanguin dans le canal de l'épendyme, par Quenu. (*Soc. anatomique*, 12 novembre 1886.)—Complications et traitement du mal de Pott, par Mollière. (*Province méd.*, 16 avril.) — De l'emploi du cornet plâtré dans les lésions de la colonne vertébrale, par Papail. (*Thèse de Paris*, 30 avril.)

Rachitisme. — Les incurvations diaphysaires des os dans le rachitisme. Ostéoclasie et ostéotomie, par A. d'Ambrosio. (*Medicina contemporanea*, mai, juin 1886.)—Ostéomalacie ; rachitisme et dilatation de l'estomac, par Comby. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 mars.)

Rage.—Sur la police sanitaire de la rage, par Peuch. (*Rev. méd. de Toulouse*, 15 fév.) — Étude biographique sur E. Valli; revendication pour l'Italie de la découverte de l'inoculation du virus rabique pour combattre la rage, par G. Valli. (In-8°, *Pontedera.*)—Le virus rabique dans le lait, par Bardach. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, avril.) — Sur les lésions rabiques, par Gamaleia. (*Ibid.*, avril.) — De la transmission de la rage de la mère au fœtus à travers le placenta et par le lait, par Perroncito et Carita. (*Ibid.*, avril.) —A propos des recherches expérimentales sur la rage de MM. de Renzi et Amoroso, par di Vestea. (*Giorn. int. di sc. med.*, n° 2.) — Sur le microbe de la rage, et sur la possibilité de reconnaître, pendant la période d'incubation, par l'examen du sang, si le sujet a contracté l'infection rabique, par Trevisan de Saint-Léon. (*Rendic. d. r. Istit. Lomb. di scienze*, XX, 2.) — Transmissibilité de la rage de l'homme à l'homme, par Rovighi. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 8, 1886.) — Le diagnostic de la rage à la période d'incubation comme base rationnelle du traitement pastorien, par Bareggi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 31.)—Un cas mortel d'hydrophobie, par H. Stebbings. (*Journ. of Am. med. Ass.*, 26 février, p. 232.)—La rage paralytique chez l'homme, par Le Gendre. (*Union médicale*, 26 mars.) — Un cas de rage paralytique chez l'homme, par Ricochon. (*Gaz. hebdomad.*, 11 mars.) — Étude sur la rage paralytique chez l'homme, par Gamaleia. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, fév.) — Recherches expérimentales sur la rage, par de Renzi et Amoroso. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — Des altérations histologiques du système nerveux central dans la rage, par Golgi. (*Gaz. d. ospitali*, n° 13.) — Les modifications à la méthode antirabique, par Cavazzuti. (*Raccoglitore med.*, n° 3.) — La prophylaxie de la rage d'après la méthode de Pasteur, par Amoroso. (*Riv. clin. e terap.*, n° 1.) — Correspondance à propos des expériences de vaccination rabique du professeur Piana, par Bareggi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 33.)—Examen de la nouvelle méthode antirabique, par Lemaistre. (*Journ. Soc. de méd. Haute-Vienne*, mars.) — Recherches expérimentales sur la rage, par Mori. (*Raccoglitore med.*, n° 6.) — De la prophylaxie de la rage par les moelles et de la rage cérébromédullaire, par Falui. (In-8°,

Paris.) — De la prophylaxie de la rage et des vaccinations, par Hutyra. (*Pester med. chir. Presse*, n° 15.) — La vaccination antirabique, par Pasteur. (In-8°, *Turin.*) — Sur un moyen de conserver les moelles rabiques avec leur virulence, par Roux. (*Ann. de l'Inst. Pasteur,* fév.) — Sur la vaccination intensive des chiens inoculés de la rage par trépanation, par Bardach. (*Ibid.*, fév.) — Discussion au sujet de quelques travaux relatifs à la vaccination antirabique des animaux, par Gamaleia. (*Ibid.*, mars.) — Vaccination anti-rabique, par Gamaleia. (*Bulletin méd.*, 27 mars.) — Expériences sur les vaccinations rabiques, par Piana. (*Gaz. d. ospit.*, n° 30.) — La chirurgie à l'Institut Pasteur, par Terrillon. (*Rev. scientif.*, 26 mars.)

Rate. — Étude sur la périsplénite, par Krönig. (*Deut. med. Woch.*, n° 21, 1886.) — Des variations de poids de la rate dans les différentes maladies (1,000 autopsies d'adultes, 150 autopsies d'enfants), par V. Prenner. (*Diss. inaug.*, *Munich*, 1885.) — Rate déplacée, splénotomie, guérison, par Polk. (*New York obst. Soc.*, 1er fév.) — Extirpation de la rate, mort, par Podrez. (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*)

Réflexe. — De l'absence du réflexe rotulien à l'état de santé, par L. Curtis. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Contribution à l'étude des phénomènes réflexes. Les réflexes adaptés et défensifs chez les mammifères d'après un nouveau dispositif instrumental, par Laborde. (*Soc. biol.*, 5 février.) — Du réflexe massétérin, par Ruibalkin. (*Wratsch.* 1886, n° 13.)

Rein. — Insuffisance rénale, cause d'insomnie, par Ott. (*Philad. med. Times*, 16 avril.) — Des albuminuries sans brightisme et du brightisme sans albuminurie, par Dieulafoy. (*Semaine méd.*, 16 mars.) — Du mal de Bright, par Herkules. (*Med. chir. Centralb.*, n° 1.) — Une épidémie de néphrites, par Révillet. (*Province méd.*, 12 mars.) — Le traitement des maladies de Bright, par Burrall. (*Therap. Gaz.*, 15 fév.) — Uretérite et pyélite, par Hallé. (*Thèse de Paris,* 20 avril.) — Pyélonéphrite résultant d'un calcul rénal, par Bruen. (*Med. News,* 12 mars.) — Lithiase rénale. Pyélonéphrite. Rein kystique, par Blachez. (*Soc. méd. des hôpitaux,* 14 janvier.) — Pyélite datant de 19 ans, causée par un calcul rénal, par A. Park. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, 5 février, p. 145.) — De l'exploration du rein dans un cas de pyélite tuberculeuse, par Shepherd. (*Canada med. and surg. Journ.*, fév.) — La ménorragie est un symptôme fréquent de pyonéphrose, par Oliver. (*Lancet*, 15 janvier.) — Persistance du canal de Müller; hydronéphrose du rein et de l'uretère droits; pyélonéphrite calculeuse du rein gauche très hypertrophié, par Reliquet. (*Progrès médical*, 12 mars.) — Pyélonéphrite calculeuse, taille rénale, par Guyon. (*Semaine méd.,* 16 fév.) — Des calculs du rein, par May. (*Birmingham med. Rev.*, janv.) — Calculs du rein : traitement chirurgical, par H. Morris. (*Soc. clin. de Londres; Brit. med. Journ.*, p. 281, fév.) — De la chirurgie rénale, 5 nouvelles néphrectomies, par d'Antona. (*La Riforma med.*, 8 janv.) — Des incisions permettant d'aborder le rein, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 9 mars.) — Rein caséeux formant une énorme tumeur dans le flanc gauche, laparotomie exploratrice, ouverture du rein, drainage, mort, par Traill. (*Bull. méd. du Nord,* déc.) — Néphrotomie et néphrectomie, par Falcone. (*Gaz. d. ospitali,* n° 25.) — Néphrectomie pour pyonéphrose, par Lange. (*N. York surg. Soc.,* 26 janv.) — Néphrorraphie (1 cas) et néphrectomie (2), par Hayes Agnew. (*Med. News,* 29 janv.) — Plaie contuse du rein avec abcès périnéphrétique et fistules rénales, par Weir. (*N. York surg. Soc.,* 8 fév.) — Épithélioma hémorragique du rein, par Cornil. (*Soc. anatomique*, 3 décembre 1886.) — Contribution à l'étude des tumeurs rénales, par A. d'Antona. (*Il Morgagni*, février.)

Résection. — Tumeur blanche du coude; résection sous-périostée; guérison, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.,* 15 fév.) — Résultats d'une résection du coude, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 296, 27 fév.) — Résection du coude, par Wyeth. (*N. York surg. Soc.*, 23 mars.) — Tumeur blanche du coude gauche; résection de l'humérus, du radius et évidement de l'olécrane; guérison avec conservation partielle des mouvements, par Houzel. Rapport de Richelot. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 758.) — Résection orthopédique du coude, par Montaz. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.) — Résultats d'une résection du genou, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 472, 3 avril.) — De la résection du genou, par Packard. (*Med. News*, 12 mars.)—Sur une méthode de fixation des os dans l'opération de la résection du genou, par W. Morrant Baker. (*Brit. med. Journ.*, p. 321, fév.)

Respiration. — Nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique expiré et de l'oxygène absorbé dans les actes respiratoires, par Hanriot et C. Richet. (*Acad. des sciences*, 14 fév.) — Influence des modifications volontaires de la respiration sur l'excrétion de l'acide carbonique, par Hanriot et Richet. (*Acad. des sciences*, 9 mai.) — Appareil pour inscrire la quantité d'oxygène absorbée par un être vivant, par d'Arsonval. (*Soc. biol.*, 22 janvier.) — Oscillations respiratoires de la pression artérielle chez le lapin, par de Jager. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 171.) — Notes sur la théorie du murmure respiratoire, par Coats. (*Lancet*, 3 juillet 1886.) — Sur la visibilité de l'haleine à l'air chaud, par du Bois Reymond. (*Arch. f. Anat. u. Phys.; Phys. Abth.*, p. 538, 1886.) — Du phénomène respiratoire de Cheyne-Stokes, par Weber. (*Union médicale*, 19 février.)

Rétine. — Observations sur la structure de la rétine, par R. Lennox. (*Archiv f. Ophthalm.*, XXXII, 1.) — Distribution des vaisseaux sanguins dans la rétine des mammifères, par Barrett. (*Journ. of physiol.*, VII, p. 230.) — Influence exercée sur la persistance apparente des impressions rétiniennes par la durée des excitations consécutives, par Charpentier. (*Soc. biol.*, 12 mars.) — De l'anesthésie rétinienne comme indication d'anomalies de la constitution générale, par Horstmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Note sur certains réflexes rétiniens visibles à l'ophtalmoscope, par M. Gunn. (*Royal London opht. hosp. Rep.,* XI, 3.) — Études cliniques sur la commotion de la rétine, par Ostwalt. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, fév.) — Grosse veine rétinienne traversant la région de la macula, par Randall. (*Med. News*, 5 mars) — Obs. de choroïdorétinite phériphérique avec pigmentation particulière des membranes muqueuses, par Hutchinson. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 2.) — Quelques observations de rétinite pigmentaire avec anomalies, par Darier. (*Arch. d'ophtalm.*, VII, n° 2, p. 170.)

Rhumatisme. — Obs. de nodosités sous-cutanées rhumatismales, par Bertoye. (*Lyon méd.*, 6 fév.) — Rhumatisme, étude pathogénique, par Pirodan. (*Thèse de Paris*, 27 janv.) — De l'œdème rhumatismal aigu isolé des manifestations articulaires, par Cœur. (*Thèse de Paris*, 10 janv.) — Lumbago chronique d'origine rhumatismale. Erysipèle de la face avec poussée herpétique. Péricardite aiguë. Angine herpétique, par A. Robin. (*Gaz. méd. de Paris*, 27 janvier.) — Un cas de rhumatisme hyperpyrétique (41°,4, guérison, vessies de glace), par Langford Symes. (*Dublin Journ. of med. science*, avril 1886.) — Paralysie des membres inférieurs liée à un rhumatisme articulaire aigu, par Engesser. (*Berl. klin. Woch.*, 2 août 1886.) — Un cas de névrite et de myosite rhumatismales guéries par la pilocarpine, par M. Semmola. (*Medicina contemporanea*, décembre 1886.) — Craquements sous-scapulaires chez une rhumatisante, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 64.)

Rougeole. — Deux exemples de transmission de la rougeole par des gens bien portants, par KESSLER. (*Berl. klin. Woch.*, 18 oct. 1886.) — De la diffusion continue de la rougeole à Paris et des moyens d'y remédier, par OLLIVIER. (*Union médicale*, 22 janvier.) — De la récidive de la rougeole, par KAMM. (*Breslauer aerzt. Int. Bl.*, 26 fév.) — Une double épidémie de rougeole et de coqueluche, par MASSALONGO. (*La Riforma med.*, 7 mai.)

Rubéole. — De la rubéole, par J. ATKINSON. (*Am. Journ. of the med. sc.*, janv., p. 17.)

Rumination. — Deux nouveaux cas de rumination chez l'homme, par JOHANNESSEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.)

S

Salivaire (app.). — Fistule salivaire guérie par le galvanocautère, par BUCHANAN. (*Glasgow med. journ. f.*) — Calcul salivaire, par MIDDLETON. (*Ibid.*) — Calcul salivaire du canal de Wharton, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 331, 6 mars.) — Calcul salivaire des canaux de Rivinus, par H. MOLLIÈRE. (*Lyon méd.*, p. 369, 13 mars.) — Calcul de la glande sous-maxillaire, par COLLIE BARRY. (*Lancet*, 19 février.)

Sang. — Note sur les matières colorantes du sérum de certains oiseaux, par HALLIBURTON. (*Journ. of. phys.*, VII, p. 324.) — Contribution à l'étude des hématoblastes du sang dans l'état normal et pathologique, par FUSARI. (*Giorn. della R. acad. de med. di Torino*, p. 480, 1885.) — Sur les globules rouges du sang, par FOA. (*Ibid.*, p. 533, 1885.) — Hématie, par J. RENAUT. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Hématoscopie, par HÉNOCQUE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — L'hématoscopie, par HÉNOCQUE. (*Gaz. hebd. de méd.*, 1er avril.) — L'hémoglobinomètre de Gower, par GLATZ. (*Lyon méd.*, 3 avril.) — Variations du poids spécifique du sang, par LLOYD. (*Journ. of physiol.*, VIII, 1.) — De l'action du nerf dépresseur sur la tension sanguine sous l'influence de certains médicaments, par TCHIRWINSKI, (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*) — La pression du sang dans les cavités du cœur étudiée au moyen d'un trocart spécial, par MAGINI. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 1.) — De la vitesse du cours du sang dans le rein et d'autres organes, par GAERTNER. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 15 mars.) — Action des composés chimiques sur les globules sanguins en rapport avec leur poids moléculaire, par HAMBURGER. (*Arch. f. Anat. und. Physiol.*, 1886, p. 476.) — Hémoglobine, par HÉNOCQUE. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) De la cause des altérations subies par le sang, au contact de l'air, de l'oxygène et de l'acide carbonique, par BÉCHAMP. (*Acad. des sc.*, 28 fév.) — Etat du sang dans l'hémoglobinurie équine, par DIECKERHOFF. (*Berl. klin. Woch.*, 13 déc. 1886.) — De la quanlité d'hémoglobine du sang dans la lipomatose universelle, par KISCH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 4.) — Modifications morphologiques des globules rouges du sang de la grenouille, par BASSI. (*La Rassegna di sc. med.*, mars.) — Les indications thérapeutiques de la saignée, par ELOY. (*Gaz. hebd.*, 6 mars.)

Sarcome. — Sarcomes à cellules rondes et fusiformes des glandes rétropéritonéales, des racines nerveuses de la dure mère centrale et spinale, par SANDVOORD. (*N. York med. Record*, n° 1.) — Sarcome ossifiant de la fesse, par LEJARS. (*Soc. anat.*, 29 oct.) — Fibrosarcome du coude droit.

Amputation du bras. Mort un an après l'opération. Généralisation du néoplasme, par Reboul. (*Soc. anat.*, 5 nov. 1886.)

Saturnisme. — Empoisonnement par le plomb d'origine peu usuelle (appareil de distillation), par Bidwell. (*Med. news.*, 22 janv.)

Scarlatine. — Rapport sur la scarlatine à Paris en 1886 et sur la prophylaxie générale des maladies contagieuses chez les enfants, par Ollivier. (*Bull. méd.*, 22 mai.) — La fréquence de la scarlatine et de la diphtérie à Berlin, de 1874 à 1883, par M. Kaiser. (*Viert. f. ger. Med.*, XLII, p. 352.) — La scarlatine, ses causes, sa prophylaxie, par Ewart. (*Brit. med. journ.* p. 964. nov. 1886.) — Microorganisme trouvé dans le sang et les organes des scarlatineux, par Escherich. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 13.) — Scarlatine et éruptions scarlatiniformes après les blessures et les opérations, par Atkinson. (*Journ. of cutan. dis.*, n° 10, 1886.) — De quelques symptômes de la scarlatine, par Bamberger. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 1er mars.) — Scarlatine ou diphtérie, par Potain. (*Semaine méd.*, 19 janv.) — La cardiopathie scarlatiniforme, par Jaccoud. (*Union médicale*, 17 mars.) — Néphrite scarlatineuse, par F. Fede. (*Il Morgagni*, nov. 1886.) — Le lait comme moyen préventif contre la néphrite scarlatineuse, par Musatti. (*Arch. di. patol. inf.*, 1886, p. 23.)

Sens. — Les sens avant la naissance, par Preyer. (*Rev. scient.*, 12 fév.) — Toucher, par Carlet, (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Septicémie. — Sur la septicémie salivaire des lapins, par Bordoni-Uffreduzzi et di Mattei. (*Arch. per le sc. med.*, X, n° 7.) — Note sur un cas de septicémie accompagnée d'hypothermie, par John Tibbles. (*Brit. med. journ.*, p. 154, janvier.)

Serpent. — Du traitement des morsures de serpents, par Ziem. (*Allg. med. cent. Zeit.*, n° 94, 1886.)

Sexe. — Quelques considérations relatives à la cause des sexes, par Wall. (*Lancet*, 5-12 fév.)

Strabisme. — Du strabisme convergent hypermétropique des enfants. Théorie nouvelle et traitement, par Cuignet. (*Rec. ophtalm.*, fév.)

Suppuration. — La cause de la suppuration, par Zuckermann. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 17.)

Syphilis. — Des maladies vénériennes chez les Hébreux à l'époque biblique, par Hamonic. (*Ann. de dermat.*, nos 10-11-12.) — Leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, par Hallopeau. (*Union méd.*, 7 mai.) — Nature de la syphilis, par Mauriac. (*Rev. génér. de clin. et thér.*, 3 mars.) — Du bacille de la syphilis, revue par Bendir. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 11.) — Un cas de syphilis constitutionnelle, par Ferrari. (*Riv. veneta*, juillet 1886.) — Réinfection syphilitique, par Cassidy. (*N. York med. Rec.* n° 5.) — Fréquence et chronologie de la syphilis tertiaire, par Mauriac. (*Union méd.*, 5-8 fév.) — Syphilides tertiaires, par Fournier. (*Gaz. des hôp.* 26 mars.) — Diagnostic et pronostic de la syphilis tertiaire, par Mauriac. (*Gaz. des hôp.*, 11 janv.) — Les productions tertiaires de la syphilis sont-elles infectieuses ou non, par Zeissl. (*Int. klin. Rundschau*, n° 6.) — Des ulcères vénériens, pathologie et traitement, par Lang. (In-8° *Wiesbade.*) — Nouvelles recherches sur la syphilis placentaire, par Pedicini. (*Il Progresso med.*, n° 2.) — Affections vénériennes chez les petites filles, par Lowndes. (*Lancet*, 22 janv.) — De la syphilis héréditaire tardive, par Neumann. (*Int. klin. Rundschau*, n° 15.) — Contribution cli-

nique à l'étude de la syphilis héréditaire tardive, par CORTELLA. (*Giornale ital. delle mal. vener.*, n° 4, 1886.) — Le début de la syphilis héréditaire, par MILLER. (2e *Cong. des méd. russes, Moscou.*) — Des abcès phlegmoneux sous-cutanés, spécifiques dans la syphilis infantile héréditaire, par ZANTIOTIS. (*Arch. de tocologie,* 28 fév.) — Syphilis héréditaire, par SYME. (*Australian med. journ.*, n° 2.) — Syphilis héréditaire tardive, hérédité paternelle, par RIOCREUX. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 4.) — Hérédo-syphilis tardive, par MENECAULT. (*Ibid.*, VIII, n° 4.) — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire tardive de l'œil, par TROUSSEAU. (*Ibid.*, déc. 1886.) — De la fréquence relative des différentes variétés de chancres extra génitaux chez l'homme et chez la femme, par NIVET. (*Thèse de Paris*, 11 mai.) Un cas de chancre de l'amygdale, par RABITSCH. (*Berl. klin. Woch.*, n° 17.) — Observation de chancre syphilitique du sillon nasogénien, ayant tout à fait le caractère d'un épithéliome, par MARMADUKE SHEILD. (*Brit. med journ.* p. 274, fév.) — Infection syphilitique par le mamelon chez un homme, par HÉRARD. (*Ann. de dermat.*, n° 1.) — Syphilis des centres nerveux par DE RENZI. (*La Riforma med.*, 25 fév.) — Des maladies syphilitiques du système nerveux, par RUMPF. (In-8°. *Wiesbade.*) — De l'épilepsie syphilitique, revue. (*La Riforma med.*, 5 fév.) — Hystéro-épilepsie et exostose syphilitique, par POTAIN. (*Gaz. des hôp.*, 14 avril.) — Syphilis cérébrale avec glycosurie, mort de phtisie aiguë et de coma diabétique, par DACOSTA. (*Philad. med. Times,* 22 janv.) — Syphilis cérébrale ou hystérie, avec consensus symptomatique jacksonien, par LANDOUZY. (*Gaz. des hôp.*, 19 fév.) — Syphilis matrimoniale, hystérie, par BROUARDEL. (*Gaz. des hôp.,* 24 fév.) — Paraplégie incomplète, probablement d'origine syphilitique; guérison, remarques, par HOOD. (*Lancet,* 22 janv.) — Des lésions syphilitiques du système vasculaire, par RUMPF. (*Vierteljahr. f. Derm.*, *Heft* 1, 1886.) — Modifications pathologiques dans la choroïdite et la rétinite syphilitique, par NETTLESHIP. (*Royal London opht. hosp. Rep.*, XI, 1.) — Contribution à l'étude de la syphilis hémorragique des nouveau-nés, par ANDRONICO. (*Arch. di path. infantile*, Fasc. 4, 1886.) — De la syphilis viscérale, par LACHKEVITCH. (*Progrès méd.*, 30 avril.) — Affections syphilitiques des voies aériennes supérieures, pathologie, traitement par NEWMAN. (*Glasg. med. journ.* déc. 1886, fév. 1887.) — Syphilome du cœur (nodules fibroïdes avec périartérite, occupant la cloison interventriculaire et la paroi du ventricule gauche), par PASTEUR. (*Brit. med. j.*, janv.) — De la syphilis du foie, par PEISER. (In-8°, *Leipsig.*) — Obs. d'un ictère ayant accompagné une éruption syphilitique précoce, par CHABANNES. (*La Province méd.*, 12 fév.) — Du syphiloderme condylomateux, par JAJA. (*Il morgagni*, n° 10, 1886.) — Syphilis du rein, par BARTHÉLEMY. (*Bull. méd.*, 22 mai.) — Fongus syphilitique du testicule, par MAURIAC. (*Bull. méd.*, 13 avril.) — De la métrite des syphilitiques, par BONNET, (*Thèse de Paris*, 17 janv., 1887.) — Diagnostic des arthrites syphilitiques, par LANNELONGUE. (*Bulletin méd.*, 20 mars.) — Contribution à l'étude des fractures dites spontanées survenant chez les sujets syphilitiques, par TAVERNIER. (*Ann. de dermat.*, n° 3.) — Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 3 mars.) — Syphilide serpigineuse rebelle guérie par un érysipèle intercurrent, par FALCONE. (*Giorn. ital. delle mal. vener.* n° 6, 1886.) — Traitement des syphilides gommeuses, par FOURNIER. (*Bull. de thérap.*, 1er mars.) — Des injections hypodermiques d'oxyde mercurique phéniqué dans la syphilis, par SCHADOK. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, n° 8.) — Sur l'avortement de la syphilis, par MANNINO. (*Giorn. ital. del. mal. ven.*, mars-avril.) — La médication de Smirnoff, dans le traitement de la syphilis. (*Giorn. ital. del. mal. ven.*, n° 5, 1886.) — Action topique du mercure en injections sous-cutanées dans le traitement de certaines syphilides, par ANDRONICO. (*Giorn. ital. del mal. ven.*, n° 5, 1886.) — Sur

les procédés de mercurialisation par voie hypodermique, appliquée au traitement de la syphilis et particulièrement sur les injections de mercure insoluble, par Besnier. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 mars.) — Des accidents locaux déterminés par les injections de calomel et d'oxyde jaune suivant la méthode de Scarenzio, par Balzer. (*Ibid.*, 22 avril.) — De la thérapeutique générale de la syphilis, par Martineau. (*Ibid.*, 22 avril.) — Sur l'emploi du salicylate de mercure dans la syphilis, par Silva Aranjo (*Giorn. ital. de. mal. vener.*, mars-avril.)

T

Tabac. — Etudes et expériences sur le nicotisme, par Colpi d'Arzignano. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 1.)

Tænia. — Sur la genèse du bothriocéphale en Lombardie, par Parona. (*Arch. per le sc. med.*, XI, 1.) — Le bothriocéphale latus à Genève, par Zschokke. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 13.) — Epilepsie réflexe causée par un tænia nana, par Comini. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 8.) — Un cas d'anémie pernicieuse guérie (évacuation d'un bothriocéphale latus), par Schapiro. (*Vratch*, n° 5.)

Teigne. — L'école des teigneux à l'hôpital Saint-Louis, par Dubrisay. (*Rev. d'hyg.*, IX, 4.) — Du sycosis parasitaire en Hongrie, par Rona. (*Orvosi hetilap.*, n° 13.) — De la pelade, par Loviot. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Un cas d'atrophie progressive des bulbes pileux en aires avec disposition symétrique, par Cantani. (*La Riforma med.*, 8 mai, et *Giorn. int. d. sc. med.*, n° 4.) — Un cas d'alopécie névropathique, par Schütz. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 7.) — Recherches expérimentales sur l'étiologie de l'alopecia areata, par Mibelli. (*Boll. d. cultori d. sc. med. Siena*, n° 2.)

Température. — Thermométrie médicale, par A. Mossé. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Les doctrines actuelles sur l'origine de l'azote organique et sur la chaleur animale, par Paul Chéron. (*Union médicale*, 3-8 février.) — De la prise extemporanée de la température axillaire, par Bridert. (*Berl. klin. Woch.*, 25 oct. 1886.) — Adaptation d'un thermomètre à air à un régulateur de température de M. d'Arsonval, par Gréhant. (*Soc. biol.*, 29 janvier.) — Influence des boissons sur la température des fébricitants, par Glax. (*Berl. klin. Woch.*, 4 oct. 1886.) — Etude de l'hyperthermie locale dans quelques maladies de l'abdomen, par Basevi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 19.) — Des pyrexies inexplicables (élévation de température sans lésions), par Hale White. (*Brit. med. Journ.*, p. 1096, déc. 1886.)

Tendon. — A propos des gaines séreuses annexées aux tendons des muscles radiaux externes, par Debierre et Rochet. (*Arch. de physiol.*, 15 fév.) — Arrachement du tendon du droit antérieur de la cuisse à son insertion à la rotule, par Devars. (*Lyon méd.*, 13 avril.) — Notes sur la suture des tendons, par Folinea. (*La Med. contemporanea*, février.) — Quelques réflexions sur la suture des tendons, par F. Folinea. (*Medicina contemporanea*, février et mars.) — Suture des tendons extenseurs des doigts, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 754.) — Section traumatique du tendon d'Achille, avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne; suture du tendon, guérison, par Gipps. (*Lancet*, 1er janv.) — De la prothèse tendineuse, par Jeannel. (*Rev. méd. de Toulouse*, XX, p. 494.)

Testicule. — A propos de la cure radicale de l'hydrocèle, par Garovi. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 6.) — Traitement de l'hydrocèle par les injections de chlorure de zinc au 1/10e, par Lerond. (*Thèse de Paris*, 12 mai.) — Injection de cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par la teinture d'iode, par Baillet. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Sur un cas d'hydrocèle chronique et sa guérison par l'incision et le traitement antiseptique consécutif, par Z. Cipriano. (*Il Morgagni*, janvier.) — De l'hématocèle vaginale, par Galletier. (*Thèse de Paris*, 15 janvier.) — Hématocèle vaginale, par Reclus. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Hématocèle, par A. Poncet. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Du traitement des hématocèles vaginales, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thér.*, 21 avril.) — Epididyme, par Reclus. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Des grands kystes de l'épididyme, par de Biran. (*Thèse de Paris*, 20 janvier.) — Fongus tuberculeux du testicule, par Reclus. (*Semaine méd.*, 26 janv.) — Fongus tuberculeux du testicule parenchymateux ou profond, par Poncet. (*Lyon méd.*, p. 545, 17 avril.) — Un cas de rétention du testicule compliqué de hernie inguinale; castration et cure radicale de la hernie; guérison, par V. Caprara. (*Medic. contemporanea*, janvier.) — Orchite double paludéenne; atrophie testiculaire, par Schmit. (*Arch. méd. milit.*, n° 3, p. 231, mars.) — Un carcinome kystique du testicule d'origine épithéliale, par Lagrange. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 fév.)

Tétanos. — Tétanos humain et animal, nouveaux documents, par Verneuil. (*Gaz. hebdom.*, 18 fév.) — Le tétanos chez les animaux domestiques, par Prospero. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 12.) — Tétanos (médecine), par F. Raymond. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Du tétanos, par Turazza. (*Gaz. d. Osp.*, n° 4.) — Etiologie du tétanos, par Fenster. (*Russkaïa med.*, n° 1.) — Du tétanos consécutif à l'avortement, par Smith. (*Americ. Journal of Obst.*, avril.) — Du tétanos traumatique, par Ingals et Lull. (*South West. med. Gaz.*, n° 1.) — Un cas de tétanos hydrophobique terminé par guérison, par Oliva. (*Gazz. d. clin.*, XXIV, p. 129.) — Tétanos spontané traité avec succès par le chloral, par Hawkes. (*Lancet*, 5 fév.) — Tétanos traumatique (ayant débuté 12 jours après la blessure); insuccès des traitements médicaux. Le 22e jour après le début du tétanos, extirpation de la cicatrice et des parties environnantes; guérison, par Cokerill. (*Lancet*, 1er janv.) — Tétanos traumatique traité avec succès par des injections sous-cutanées de morphine, par F. Murison. (*Lancet*, 22 janv.) — Le tétanos, au point de vue de sa nature et de son traitement par la névrotomie, par Mauri. (*Rev. méd. de Toulouse*, 15 janv.) — Relation nouvelle entre le tétanos et la secousse, par Buckmaster. (*Archiv für Anat. und Phys.*, p. 459, 1886.) — Contribution à l'étude de la tétanie, par Opplen. (*D. Arch. f. kl. Med.*, XL, *Hft.* 2, p. 232.)

Thérapeutique. — Etudes de thérapeutique expérimentale, par de Sorck, traduction de Piedvache. (In-8°, 429 p., *Paris.*) — Manuel de pathologie et de thérapeutique spéciales, par Jürgensen. (*Leipzig*, 1886.) — D'un moyen économique d'administrer les médicaments liquides répugnants sans qu'on en sente le goût, par A. Freudenberg. (*Cent. f. klin. Med.*, p. 300.) — Thérapeutique, par L. Lereboullet. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Les plantes médicinales de l'île Maurice et des pays intertropicaux, comprenant un formulaire thérapeutique, par C. Daruty. (In-4°, *Maurice*, 1886.) — Toniques, par Labbée. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Indications thérapeutiques suivant les tempéraments, par Kemper. (*Therap. Gaz.*, 15 janvier.) — Sur l'action vaso-motrice de certains médicaments, par Lépine. (*Semaine méd.*, 23 mars.) — A quel moment faut-il administrer les médicaments? par Barié. (*Rev. gén. de clinique*, 10 mars.) — Sur le M'bento-

moré ou Fedegosa cassia occidentalis, étude de botanique, de matière médicale et de thérapeutique, par Heckel et Schlagdenhauffen. (*Arch. de méd. navale*, avril.) — Action physiologique et thérapeutique du sulfate de spartéine, par G. Traversa. (Août, novembre et décembre 1886.) — Action antipyrétique de l'antifébrine, par Evans. (*Ther. Gaz.*, 15 avril.) — Etude chimique sur la résorcine appliquée localement en médecine et en chirurgie, par Callias. (Broch., *Paris.*) — Efficacité de la digitale, par Penzoldt. (*Berl. klin. Woch.*, 4 octobre 1886.) — Valeur du haschisch dans le traitement de certaines variétés de céphalée, par Stephen Mackenzie. (*Brit. med. J.*, p. 97, janvier.) — De l'apocynum cannabinum dans l'hydropisie, par Lewis. (*Ther. Gaz.*, 15 janv.) — La quillaja saponaria comme expectorant, par Maslovsky. (*Russkaïa med.*, n° 36, 1886.) — De l'antipyrine contre la douleur, par G. Sée. (*Acad. des sciences*, 18 avril.) — La solanine, étude physiologique et thérapeutique, par Gaignard. (*Thèse de Paris*, 26 mai.) — De l'emploi thérapeutique du salol, par Otto Seifert. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 241.) — De l'emploi thérapeutique de la naphtaline dans la fièvre typhoïde, par M. Muret. (*Diss. inaug.*, *Strasbourg*, 1886.) — Du calomel comme diurétique dans les maladies du cœur, par Longuet. (*Union méd.*, 25 janv.) — Emploi de l'iodol en thérapeutique, par Pick. (*Viertelj. f. Dermat.*, *Heft* 4, 1886.) — Recherches expérimentales pour expliquer l'absorption du soufre par la voie gastro-intestinale, par de Rey-Pailhade. (*Broch.*, *Toulouse*, 1886.) — Applications thérapeutiques de la saccharine de Fahlberg, par Aducco et Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, VIII, 1.) — Recherches sur l'action thérapeutique du méthylal, par Mairet et Combemale. (*Acad. des sciences*, 4 avril.) — De la thalline comme antipyrétique, par Riedinger. (*Münch. med. Woch.*, n° 39, 1886.) — Paraldéhyde et uréthane, par B. Williams. (*Journal of Amer. med. Ass.*, p. 89, 22 janvier.) — Note sur les applications thérapeutiques de l'uréthane, par Ferreira. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — De l'acétanilide comme médicament sédatif du système nerveux, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. de thérap.*, 15 mars.) — De l'emploi antipyrétique de l'antifébrine, par Heinzelmann. (*Münch. medic. Woch.*, n° 3.) — Sur l'action antithermique de l'acétanilide, par Feletti. (*Bull. d. sc. med.*, décembre 1886.) — De l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide, par Weill. (*Bull. de thérap.*, 15 fév.) — Observations sur l'antifébrine, par Eisenhart. (*Münch. med. Woch.*, n° 47, 1886.) — Emploi de l'acétanilide dans l'ataxie locomotrice, par Larroque. (*Soc. de méd. de Paris*, 22 janv.) — De l'acétanilide, par Jumon. (*France méd.*, n° 45.) — Etude physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux, par Reyes y Sardina. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — Le kéfir, par Lépine. (*Semaine méd.*, 26 janvier.) — De la kinésithérapie, par Dujardin-Beaumetz. (*Bulletin méd.*, 24 avril.) — De l'application du froid sur la région précordiale dans les états fébriles, par Grigorovich. (*The Practitioner*, août 1886.)

Thorax. — Du thorax emphysémateux, par Perret. (*Thèse de Lyon*, n° 355.) — Sarcome primitif du médiastin antérieur, par Bruen. (*Med. News*, 12 février.) — Pneumonie; lympho-sarcome du médiastin antérieur, mort, autopsie, par Daraignez. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 janv.) — Note sur un cas de tumeur du médiastin antérieur, par Derville. (*France médicale*, 17 fév.) — Abcès du médiastin postérieur, par Hœplin. (*Münchener med. Woch.*, février.) — Des plaies pénétrantes de la poitrine par coups de feu, par Gouzien. (*Thèse de Paris*, 18 mai.)

Thymus. — Thymus : anat. phys., par Hermann et Tourneux; pathol., par Sanné. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Thyroïde. — Physiologie de la glande thyroïde, par J. Prus. (*Centr. f. klin.*

Med., p. 248.) — Thyroïde, par FREDERICQ, HERMANN et TOURNEUX; pathologie, par BROCA. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Du goitre dépendant de la grossesse et de l'accouchement, par DE BURINE. (*Arch. de tocol.*, 15 janvier.) — A propos de l'énucléation intraglandulaire du goitre, par REVERDIN. (*Semaine méd.*, 22 fév.) — Thyroïdectomie, par BROCA. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Kyste du corps thyroïde, extirpation, guérison, par FORT. (*Gaz. des hôpit.*, 13 janvier.) — Goitre kystique sanguin, injection d'iode, guérison, par LE BEC. (*Gaz. des hôp.*, 1er janv.) — Goitre suppuré; ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne droites, par LEJARS et LE ROY. (*Soc. anatomique*, 29 octobre.) — Le traitement des goitres parenchymateux et fibreux, par TERRILLON et SEBILEAU. (*Arch. de médec.*, janvier.) — Du myxœdème consécutif à l'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde, par REVERDIN. (*Revue méd. Suisse romande*, 15 mai.) — Altérations du système nerveux central après l'extirpation de la thyroïde, par ROGOWICZ. (*2e Cong. des médec. russes, Moscou.*) — Un cas de goitre exophtalmique, par LIÉGEOIS. (*Revue méd. de l'Est*, 15 mars.) — Relation entre le goitre exophtalmique et l'aliénation mentale, par COLLINS. (*Lancet*, 8 janv.)

Trachée. — Trachée, trachéite, par CLERMONT. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Les adénopathies trachéo-bronchiques, par GRANCHER. (*Revue des mal. de l'enfance*, janvier.) — Deux cas de rétrécissement trachéo-bronchique, par STOSSEL. (*Ann. des mal. de l'oreille*, avril.) — Trachéocèle traumatique, par GIRAUD. (*Revue de chir.*, janvier.) — Communication entre la trachée et l'œsophage par pression de la canule, par FREEMAN. (*South East Hants medic. Soc.*, 16 mars.) — Fracture de la trachée, par FLEMMING. (*Chatham med. and surg. Soc.*, 11 mars.) — Un cas de rétrécissement de la trachée après trachéotomie due à des granulations, par KRAKAUER. (*Deuts. medic. Zeit.*, 17 janvier.) — Valeur thérapeutique de la trachéotomie, par ARIZA. (*El Siglo med.*, 6 fév.) — Statistique des trachéotomies faites à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Trousseau en 1886 : 1° 355, 60 guéris; 2° 363, 106 guéris. (*Revue des mal. de l'enfance*, mars.) — De l'emploi du chloroforme pour la trachéotomie dans le croup, par GEVAERT. (*Clinique*, 5 mai.) — Chloroforme et trachéotomie, par DE SAINT-GERMAIN. (*Le Bulletin médical*, 6 avril.) — L'anesthésie chloroformique dans la trachéotomie, par HÉNOCQUE. (*Gaz. hebdom.*, 15 avril.)

Transfusion. — Sur les transfusions du sang dans la tête des animaux décapités, par HAYEM et BARRIER. (*Acad. des sc.*, 28 fév.) — Des effets de la transfusion du sang dans la tête des animaux et de l'homme décapités, par LABORDE. (*Acad. des sciences*, 14 février.) — Expériences sur les effets de transfusion de sang dans la tête des animaux décapités, par HAYEM et BARRIER; *idem* par LABORDE. (*Acad. des sciences*, 14 mars.) — Action des transfusions salines dans l'anémie aiguë, par KAHAN. (*2e Cong. des médecins russes, Moscou.*) — Durée de vitalité des hématies après la transfusion, par HUNTER. (*Brit. med. Journ.*, 29 janvier.) — Des injections sous-cutanées continues d'une solution alcoolisée de sel marin, et de leurs bons effets dans le stade asphyxique du choléra (18 cas), par F. KEPPLER. (*Munich*, 1886.)

Traumatisme. — Traumatismes et diathèse; quelques faits relatifs à leur influence réciproque, par VINCENT. (*Thèse de Paris*, 19 janv.) — Traumatisme et affections cardiaques, par ROCHET. (*La Province méd.*, 8 janv.)

Tuberculose. — La tuberculose des animaux et la phtisie humaine, par BUTEL. (In-8°, *Paris.*) — Sur l'identité de la scrofule et de la tuberculose, par DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, n° 4.) — Sur les rapports possibles du pity-

riasis versicolor avec la tuberculose pulmonaire, par Barduzzi. (*Boll. d. cultori d. sc. med. Siena*, n° 2.) — La tuberculose zoogléique, par Chantemesse. (*Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars.) — Méthode perfectionnée pour préparer et colorer les bacilles de la tuberculose, par H. Tolmann. (*Med. Record*, p. 457, octobre 1886.) — De la virulence des crachats tuberculeux, par P. de Toma. (*Ann. univ. di med. e chir.*, juillet 1886.) — Sur la contagion de la tuberculose pulmonaire, par Brochin. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mars.) — Dangers de l'utilisation des produits tels que le petit-lait et le fromage, obtenus avec le lait des vaches tuberculeuses, par Galtier. (*Acad. des Sc.*, 9 mai.) — La non-contagiosité de la phtisie pulmonaire, par Mays. (*Ther. Gaz.*, n° 3.) — Un cas d'infection tuberculeuse par plaie pénétrante de l'articulation du genou, par Middeldorpf. (*Fortschritte d. Med.*, n° 8, 1886.) — Recherches générales sur les maladies infectieuses et en particulier sur la tuberculose et sa guérison, par Marpmann. (In-8°, *Leipzig.*) — De la transsonnance pulmonaire, sa valeur diagnostique dans la tuberculose au début, par Blond. (*Thèse de Paris*, 19 fév.) — Granulose aiguë à forme suffocante, par Jaccoud. (*Gaz. méd. de Paris*, 22 janv.) — Tuberculose commune et granulie aiguë dans la grossesse, par Chiara. (*Ann. di Ostetricia*, novemb.-décembre 1886.) — Contribution à l'étiologie de la phtisie galopante (syphilis et alcoolisme), par L. Galliard. (*France médicale*, 22 fév.) — Troubles de la menstruation dans la tuberculose pulmonaire, par Galibert. (*Thèse de Montpellier*, n° 10.) — Sur l'état du cœur dans la phtisie pulmonaire, par de Giovanni. (*La Med. contemporanea*, mars.) — Troubles et lésions gastriques dans la phtisie, par Marfan. (*Thèse de Paris*, 8 janv.) — Des ulcérations tuberculeuses de la bouche, par Bruneau. (*Thèse de Paris*, 21 mars.) — Des rapports de la phtisie laryngée et pulmonaire, importance du traitement local, par Riu. (*N. York medic. Record*, 23 avril.) — Etude de la tuberculose cutanée, par Ritzo. (*Thèse de Paris*, 11 mai.) — Ulcération tuberculeuse de la vulve et du vagin, par Chiari. (*Viertelj. f. Dermat.*, n° 3, 1886.) — Tuberculose chirurgicale, par Riesmeyer. (*N. Yorker med. Presse*, n° 2.) — Tuberculose du pied, par Mollière. (*La Province méd.*, 19 fév.) — Notes sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Brunn. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 30 mars.) — Du traitement étiologique de la phtisie, par Jacobi. (*Deut. med. Zeit.*, n° 23.) — Du traitement de la tuberculose par les inhalations de bacterium termo, par A. Testi et G. Marzi. (*Gazz. degli ospitali*, n°s 60 et 61, 1886.) — De l'action du bacterium termo sur les animaux tuberculisés, par Flora et Maffucci. (*Riv. int. di med. e chir.*, n°s 9 et 10, p. 523, 1886.) — Traitement direct de la tuberculose pulmonaire par l'inondation du poumon malade, par Riva. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 24.) — Onze cas de phtisie traités par les injections intra-pulmonaires iodo-phéniques, par Blake White. (*Med. Rec.*, p. 593, 1886.) — Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections intestinales de gaz carbonique chargé de vapeurs médicamenteuses, par Motheau. (*Thèse de Paris*, 12 fév.) — Sur le traitement de la phtisie par la méthode de Bergeon, par Bennet. (*Brit. med. Journ.*, 18 décembre 1886.) — Phtisie pulmonaire et atmosphère sulfureuse, par Sollaud. (*Gaz. des hôp.*, 26 mai.) — Le traitement de la phtisie par l'hydrogène sulfuré, par Wood. (*Therap. Gaz.*, 15 avril.) — Deux cas de phtisie pulmonaire traités avec succès par un séjour prolongé dans une atmosphère sulfureuse, par Sollaud. (*Archives de médecine navale*, avril.) — L'antisepsie médicale dans la tuberculose pulmonaire, par Eloy. (*Gaz. hebd.*, 4 mars.)

Tumeur. — Indolence et douleur dans les néoplasmes, par Verneuil. (*Assoc. franç.*, *Congrès de Nancy.*)

Typhoïde (Fièvre). — Etiologie et étude bactériologique de la fièvre typhoïde,

par WILTSCHUR. (*Diss. inaug. St-Pétersbourg.*) — Etudes récentes sur le bacille typhique, par MYÄ. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 21.) — Le bacille typhoïde et l'eau potable, par ROUX. (*La Province médic.*, 19 mars.) — Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par CHANTEMESSE et WIDAL. (*Arch. de physiol.*, 1er avril.) — Travaux récents sur le bacille typhique, par VINCENZI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 27.) — Etudes bactériologiques sur la valeur étiologique du bacille typhoïde, par BEUMER et PEIPER. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 1.) — Recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par FRAENKEL et SIMMONDS. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 1.) — Le bacille de la fièvre typhoïde, par STERNBERG. (*Transact. of the Assoc. of Americ. phys.*, I, p. 193). — Le bacille de la fièvre typhoïde, par PRUDDEN. (*Med. Record N. York*, n° 1). — De la démonstration des bacilles typhoïdiques dans les matières fécales des malades, par G. LEPIDI CHIOTI. (*Giorn. int. delle sc. med.*, fasc. IV, p. 317, 1886.) — Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par C. SEITZ. (*Centr. f. klin. Med.*, p. 267.) — L'eau et la fièvre typhoïde, par RICHARDIÈRE. (*Union médicale*, 5 avril.) — Leçons du professeur Baccelli sur la fièvre typhoïde, par PENSUTI. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 23.) — Enquête sur les causes de l'épidémie de fièvre typhoïde à Clermont-Ferrand en 1886, par BROUARDEL et CHANTEMESSE. (*Rev. d'hyg.*, 20 mai.) — Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde le long d'un cours d'eau, par ROUX. (*La Province méd.*, 19 fév.) — Une épidémie de famille de fièvre typhoïde, par BUNDY. (*N. York med. Record*, n° 13.) — Recherches sur la fièvre typhoïde en Tunisie et sur les modifications que lui imprime la chaleur, par BLANC. (*Arch. de méd. mil.*, février.) — Epidémie de fièvre typhoïde, par GUBIAN. (*Lyon médical*, p. 402, 20 mars.) — La fièvre typhoïde étudiée en Afrique, par MASSE. (*Gaz. méd. de l'Algérie*, n° 5.) — Sur les variations de poids du corps dans la fièvre typhoïde, par COHIN. (*Thèse de Paris*, 3 mars.) — Coexistence du typhus et de la rougeole, chez le même malade, par V. WILLE. (*Münch. med. Woch.*, nos 37 et 38, 1886.) — Notes sur la fièvre typhoïde et la soi-disant fièvre typho-malarienne, par JAGOE. (*Lancet*, 15 janv.) — Fièvre typhoïde à forme cérébro-spinale, par PETER. (*Gazette des hôpit.*, 12 avril.) — Fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique, guérison, par DESCROIZILLES. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 fév.) — Des éruptions sudorales et de leur valeur comme signe pronostique, particulièrement dans la fièvre typhoïde, par BARADAT DE LACAZE. (*Revue de médecine*, 10 avril.) — Artérite compliquant la fièvre typhoïde, par METTLER. (*Philad. med. Times*, 16 avril.) — De l'artérite des membres dans la fièvre typhoïde, par FACIEU. (In-4°, *Toulon.*) — De la fièvre typhoïde compliquée d'endocardite ulcéreuse et de pneumonie catarrhale, par PEPPER. (*Philad. med. Times*, février.) — De la gangrène du poumon dans la fièvre typhoïde, par SIMON. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 mars.) — Infection typhoïde, localisation bronchopneumonique, hémoptysie, entérorragie, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 15 avril.) — Gangrène à la suite de la fièvre typhoïde, par METTLER. (*Phil. med. Times*, février.) — De la perforation intestinale précoce dans la fièvre typhoïde, par ALIVIA. (*L'Ateneo med. parmense*, 1er avril.) — Fièvre typhoïde anormale, polyarthrites précoces non suppurées, par DANLOS. (*Société médic. des hôpitaux*, 14 janv.) — La périostite et l'ostéopériostite consécutives à la fièvre typhoïde, par BOURGEOIS. (*Thèse de Paris*, 11 mars.) — De la méthode oxydante dans le traitement de la fièvre typhoïde, par ROBIN. (*Soc. de biol.*, 28 janv.) — Réponse à M. Albert Robin sur les oxydations dans la fièvre typhoïde, par LEDUC. (*Soc. biol.*, 19 février.) — La méthode oxydante dans le traitement des fièvres; deuxième réponse à M. Leduc, par A. ROBIN. (*Soc. biol.*, 26 fév.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par l'eau froide, à l'heure actuelle, par E. BRAND. (*Deutsche med. Wochenschrifft*, n° 1, p. 4.) — Notes sur la fièvre typhoïde et son traitement, par LUDLUM. (*New York med. Record*, n° 11.) — Bains

froids dans la fièvre typhoïde pendant la grossesse, 3 cas, guérison, pas d'accidents de grossesse, par VINCENT. (*Lyon médical*, p. 326, 6 mars.) — L'antipyrine dans la fièvre typhoïde de la grossesse, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, p. 362, 13 mars.) — Fièvre typhoïde à forme grave, traitement par les bains froids et l'antipyrine, guérison, par ROLAND. (*Loire médicale*, 15 avril.) — Les antiseptiques, tels qu'on les emploie, modifient-ils la durée ou la mortalité de la fièvre typhoïde? par BARUCH. (*N. York med. Record*, 8 janv.) — L'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par BALLOTTA. (*Raccoglitore med.*, n° 8.) — Traitement de la fièvre typhoïde par le drap mouillé et par l'alcool, par CURNOW. (*Lancet*, 1er janv.)

U

Ulcère. — Du bouton de Biskra, par VIDAL. (*Semaine méd.*, 6 avril.) — Emploi de l'antipyrine pour activer le bourgeonnement des ulcères atoniques, par BOSSE. (*Berl. klin. Woch.*, 16 août 1886.) — Traitement des ulcères de jambes, par HEIDENHAIN. (*Berl. klin. Woch.*, 23 août 1886.)

Urémie. — De l'urémie lente ou chronique, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 5 avril.) — De l'intoxication urémique, par BRISSAUD. (*Gaz. hebdomad.*, 18 fév.) — Les troubles digestifs de l'urémie, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 1er mars.) — Diagnostic de l'urémie et de l'apoplexie (confirmation du mémoire de Chantemesse et Tenneson), par W. SUCKLING. (*Brit. med. Journ.*, p. 1076, déc. 1886.) — Des manifestations cutanées de l'urémie, par PERSY. (*Thèse de Paris*, 23 avril.)

Urètre. — Contribution à l'étude des écoulements urétraux d'origine constitutionnelle, par DELIGNY. (*Union médicale*, 10 mars.) — De la médication topique de l'urètre, par F. GUYON. (*France méd.*, n° 50.) — De l'emploi des bougies de baleine dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par BRINTON. (*Philad. County med. Soc.*, 12 janv.) — Rupture du canal de l'urètre, rétrécissement infranchissable, urétrotomie externe sans conducteur, mort, par VIEUSSE. (*Rev. méd. de Toulouse*, 1er fév.) — Traitement de certaines formes de rétrécissement de l'urètre par la combinaison de l'urétrotomie interne et externe, par REGINALD HARRISON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1022, nov. 1886.) — De l'urétrotomie interne et externe dans la cure des rétrécissements, par ROCHET. (*Province méd.*, 12 mars.) — Aperçu des résultats fournis par l'urétrotomie externe, par PHILIP. (*Province méd.*, 23 avril.) — Rétrécissement traumatique de l'urètre. Urétrotomie interne. Mort foudroyante, par JOBARD. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 110-113.) — Épispadias chez une petite fille de 6 ans, par RICHELOT. (*Union médicale*, 6 mars.)

Urine. — Urines; chimie, par BOURGOIN; pathologie, par L. LEREBOULLET et A. MÉNARD. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Présence dans l'urine des acides de la série thionique, par SALKOWSKI. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 209.) — Notes sur l'acide urique et l'urée dans l'urine de tortue, par WESLEY HILLS. (*Journ. of physiol.*, VII, p. 453.) — Note sur une substance acide cristalline de l'urine ayant un pouvoir réducteur supérieur à la glucose, par J. MARSHALL. (*Med. News*, 8 janv.) — Influence de la stase veineuse sur l'urine, par MUNK. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, 15 janv.) — Essai sur l'élimination de l'acide phosphorique et de l'urée par les urines à l'état

pathologique, par J. Lipari. (*Il Morgagni*, octobre, novembre et décembre 1886.) — De la toxicité urinaire chez divers animaux; influence du jeûne et du régime lacté, par Charrin et Roger. (*Soc. biol.*, 12 mars.)

Urinaires (Voies). — Voies urinaires (pathologie), par Eug. Rochard. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Urinaires (calculs), par L. Lereboullet. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Urinaires (fistules), par E. Monod. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — L'infiltration urineuse; mécanisme pathologique; symptômes; pronostic et traitement, par Picard. (*Progrès médical*, 19 février.) — De l'emploi de l'électricité comme moyen thérapeutique dans les maladies des voies urinaires, par W. Steavenson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1019, nov. 1886.) — Même sujet, par Bruce Clarke. (*Ibid.*, p. 1021.)

Urticaire. — Urticaire, par H. Leroux. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)

Utérus. — Histologie des trompes de Fallope, par Frommel. (*Berl. klin. Woch.*, 9 août 1886.) — De quelques rapports anatomiques de l'artère utérine et de l'uretère à propos de l'hystérectomie vaginale, par Ricord. (*Semaine méd.*, 2 fév.) — Utérus; anatomie et physiologie, par E. Wertheimer; histologie, par F. Tourneux et G. Herrmann. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Utérus; pathologie, par de Sinéty. (*Dict. encycl. des sc. méd.*) — Étude de la périmétrite, par Hervot. (*Thèse de Paris*, 5 mai.) — De l'endométrite et de son traitement, par Doléris. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 fév.) — De la métrite chez les vierges, par Bouton. (*Thèse de Paris*, 20 avril.) — Des ulcérations du col de l'utérus, pathogénie et valeur séméiologique, par Gallard. (*Gaz. des hôp.*, 10 fév.) — De la dilatation permanente artificielle de l'utérus et de ses applications au traitement des affections de cet organe, par Toussaint. (*Thèse de Paris*, 31 mars.) — De la dilatation artificielle de l'utérus en gynécologie, par Veper. (*Thèse de Paris*, 23 avril.) — La méthode de Vulliet pour la dilatation totale de l'utérus, par Rusconi. (*Gaz. d. ospitali*, n° 24.) — Le raclage de l'utérus dans l'endométrite chronique, par Casati. (*Raccoglitore med.*, n° 6.) — Des indications du raclage de l'utérus dans le cas de fongosités, par Melick. (*Thèse de Paris*, 24 fév.) — Diagnostic et traitement des hémorragies utérines typiques, par Eichholz. (In-8°, *Neuwied.*) — De la rétroversion de l'utérus gravide, par Pinard et Varnier. (*Ann. de gynéc.*, fév.)—Rétroflexion utérine, opération d'Alexander, guérison de la rétroflexion et des accidents douloureux concomitants, par Pozzi. (*Arch. de tocol.*, 15 avril.) — Flexion avec rétroversion, nouvel instrument pour le redressement de l'utérus, par Miller. (*Americ. Journ. of obstet.*, fév.) — Rétroflexion utérine, endométrite, inconvénients et dangers de la cointure hypogastrique, par Gautier. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 693.) — Inversion chronique de l'utérus, datant de 21 mois, réduite par le colpeurysis, par W. Jaggard. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, 1er janvier.)— Inversion de l'utérus sans symptômes constitutionnels, par Reeve. (*Americ. Journ. of obstet.*, fév.) — Inversion chronique de l'utérus datant de 21 mois, réduite par le colpeurysis, par Jaggard. (*Americ. Journ. of obstet.*, fév.) — Du prolapsus utérin, par Reamy. (*Med. News*, 9 avril.) — Obs. de rupture de l'utérus, par Griffiths et R. Cox. (*Transact. of obst. Soc. of London*, XXVIII, 4.) — Traitement de la rupture imminente de l'utérus par les manipulations et la ponction, par Davis. (*Med. News*, 5 fév.) —Extirpation de l'utérus rupturé, par Collingwood Andrews. (*Brit. med. Journ.*, p. 1098, déc. 1886.) — Tumeur fibreuse de l'utérus extirpée chez une vierge de 41 ans par la dilatation lente de Vulliet, par J. Rendu. (*Lyon méd.*, p. 439, 27 mars.) — Élimination spontanée d'un fibromyome utérin, par E. Blanc. (*Lyon méd.*, 20 fév.) — Fibrome utérin, ses rapports avec la grossesse, par Gallard. (*Gaz. des hôp.*, 27 janv.) — Traitement des polypes fibreux de l'utérus, par Ansaloni. (*Thèse de Paris*, 10 janv.) —

Fibrome kystique interstitiel de l'utérus, laparotomie, par HARSHA. (*Americ. Journ. of obstet.*, janv.) — Traitement chirurgical de volumineux fibromes utérins occupant le vagin, par CHAMBERS. (*N. York obst. Soc.*, 1er mars.) — Traitement galvanique des fibromes utérins, relation de 50 cas, par E. CUTTER. (*Americ. Journ. of obstet.*, fév.-mars.) — Électrolyse dans le traitement des fibromes utérins, par FREEMAN. (*Obst. Soc. of N. York*, 18 janv.) — Kyste dermoïde alvéolaire, pilograisseux, rétro-utérin, traitement par la ponction et plus tard par incision du côté du vagin, guérison, par MAKRIS. (*Arch. de tocol.*, 15 janv.) — Papillome de la trompe de Fallope, relations de l'hydropéritonite avec la maladie tubaire, par DORAN. (*Transact. of obst. Soc. London*, XXVIII, 4.) — Du sarcome de l'utérus, par ROTHWEILER. (*Inaug. Diss. Berlin*, 1886.) — Étiologie, pathologie et classification des salpyngites, par SAENGER. (*Gynec. Soc. of Chicago*, 17 déc. 1886.) — Salpyngite chronique, kyste tubo-ovarien enflammé, hémorragie dans le kyste, opération, guérison, par ELLIOT. (*Americ. Journ. of obstet.*, fév.) — De l'ablation des annexes de l'utérus, par THOMAS SAVAGE. (*Brit. med. J.*, p. 51, janv.) — Idem, par TH. MORE MADDEN. (*Ibid.*, p. 52.) — Métropéritonite et pelvipéritonite aiguës consécutives à un avortement, abcès du ligament large, fièvre hectique, inanition, marasme; tentatives de laparotomie sous-péritonéale demeurée incomplète par suite d'adhérences, pénétration dans le foyer à travers la cavité péritonéale, drainage de part en part, guérison, par L. DUMAS. (*Ann. de gynéc.*, mars.) — Leçon sur l'ablation des annexes de l'utérus, par LAWSON TAIT. (*Brit. med. Journ.*, p. 1082, déc. 1886.) — Vingt cas d'opération d'Emmet pour la déchirure du col de l'utérus, par BEVERLEY. (*Brit. med. J.*, p. 109, janv.)— Hystéroraphie, par KELLY. (*Americ. Journ. of obstet.*, janv.)—Modification au clamp de Kœberlé pour l'hystérectomie, par LAWSON TAIT. (*Lancet*, 1er janvier.) — Hystérectomie vaginale, par EUGÈNE ROCHARD. (*France méd.*, n° 43.) — Extirpation d'un utérus cancéreux (et gravide), par la voie vaginale; guérison, par GREIG SMITH. (*Lancet*, 1er janvier.) — La chirurgie journalière et la thérapeutique chirurgicale nouvelle dans le cancer de l'utérus, par DESPRÈS. (*Gaz. des hôp.*, 25 janv. 1887.)

V

Vaccin. — De la vaccination animale de l'antisepsie dans les inoculations, par FREUND. (*Breslau.*) — Rapport sur les opérations de vaccine pratiquées sur les recrues de la garnison d'Anvers en 1886, par MOLITOR. (*Arch. méd. belges*, mars.) — Des inoculations préventives, par WILLOUGHBY. (*Lancet*, I, n° 5.) — Vaccination et revaccinations en temps d'épidémie, par GOTT. (*Gaz. d. ospitali*, n° 9.) — Nouvelles recherches sur le principe contagieux de la vaccine et sur la technique de la vaccination, par PIZA. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 6.) — Où réside l'agent virulent du vaccin? par TROISIER. (*Gaz. des hôp.*, 24 mai.) — Vaccine, par LONGET. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)—Etude pratique sur les cicatrices vaccinales, par LALAGADE. (Broch., *Albi.*) — Vaccine généralisée, par GUIDI. (*Arch. di patol. infant.*, 1886, p. 131.)

Vagin. — Vagin; anatomie, par DE VARIGNY; pathologie, par PETIT; vaginisme, par LEROUX. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)—Kyste de la paroi vaginale antérieure, par M'LEAN. (*N. York obst. Soc.*, 15 fév.) — Des kystes du vagin, par PESTALOZZA. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 3.) — Sur la colpo-

plastie dans un cas d'absence du vagin, par SCHLESINGER. (*Wiener med. Blätter*, n° 8, p. 233.) — Volumineux calcul développé dans un kyste du vagin ouvert dans l'urètre chez une femme de 67 ans, opération à l'aide de la galvanocaustie, emploi du chlor. de cocaïne, par CHÉRON. (*Gaz. des hôp.*, 30 avril.) — Du vaginisme, par BANTOCK. (*Brit. med. Journ.*, p. 1101, déc. 1886.)

Vaisseaux. — Sur l'endothélium de la paroi interne des vaisseaux des invertébrés, par VIGNAL. (*Arch. de phys.*, 1er juillet 1886.) — Vaisseaux, par RETTERER. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)

Varicelle. — A propos du travail de Guttmann sur les micro-organismes de la varicelle, par BAREGGI. (*Gaz. d. ospitali*, n° 20.)—Quelques particularités de la varicelle, par COMBY. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, avril.)

Variole. — Sur l'éruption de la variole, par CLOVIS. (*Thèse de Paris*, 24 mars.) — Sur les microbes de la variole et du vaccin, par F. FEDE. (*Il Morgagni*, novembre 1886.)—Durée de l'incubation de la variole, par ALEXANDROJANOS. (*Congrès des méd. grecs, Semaine méd.*, 25 mai.) — L'épidémie variolique de 1885 à Bâle, par LOTZ. (*Corresp. Bl. f. schweizer Aerzte*, 1er nov. 1886.) — De l'érysipèle et des affections érysipélateuses à la suite de la variole et de la vaccine, par GATZEN. (*Deut. med. Zeit.*, n° 9.)—De l'orchite variolique, par CHIARI. (*Zeit. f. Heilk.*, VII, p. 385.) — Du xylol dans la variole, 30 à 45 gouttes par jour (sur 315 cas, 22 0/0 de morts), par OETVÖS. (*Therap. Monatsh.*, mars.) — Du traitement hydrothérapique de la variole, par J. RICHE. (*Thèse de Lyon.*) — Nouvelle méthode d'atténuation du virus de la variole ovine, conséquences pratiques, par POURQUIER. (*Acad. des sciences*, 7 mars.)

Veine. — Des varices et de leur traitement (ligature et excision de la veine), par KENDAL FRANKS. (*Dublin Journ. of med. sc.*, mai 1886.) — Le varicocèle dans l'armée et son traitement chirurgical, par CARLIER. (*Arch. méd. milit.*, n° 4, avril, p. 327.) — Ablation d'une tumeur de l'aine : blessure d'une grosse veine anormale (saphène, suppléant la fémorale). Œdème et incapacité du membre, par H. KLOTZ. (*Annales of surgery*, janv., p. 11.)— Phlébite, par MUSELIER et NOURRIC. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*)—Phlegmatia alba dolens, par DELORE et POULLET. (*Ibid.*) — Blessure de la veine fémorale ; hémorragie consécutive de l'artère fémorale ; septicémie, mort, par PEARCE GOULD. (*Lancet*, 5 février.) — Plaie de la jugulaire interne, ligature de la carotide primitive, persistance de l'hémorragie, compression avec les éponges, guérison, par J. BELL. (*Montreal med. chir. Soc.*, 14 janv.)

Venin. — La scolopendre et sa piqûre, accidents qu'elle détermine chez l'homme, par BACHELIER. (*Thèse de Paris*, 26 mai.)

Vessie. — Cystites douloureuses, par HARTMANN. (*Thèse de Paris*, 18 fév.)— Traitement des cystites par le lavage de la vessie sans sonde, par LAVAUX. (*Arch. de méd.*, mars.) — Du drainage et de l'évacuation continue de la vessie dans le traitement des cystites, par HARTMANN. (*Gaz. des hôp.*, 16 avril.) — Étiologie de la cystite puerpérale, par BUMM. (*Verandl. d. deut. Gesells. f. Gynaek.*, p. 102, 1886.) — Hématurie, par BOUREL-RONCIÈRE. (*Dict. encyclop. des sc. méd.*) — Cystocèle vaginale; cloisonnement du vagin; guérison, par LEPRÉVOST. (*Normandie médicale*, 15 février.) — Traitement des tumeurs de la vessie, par CECCHERELLI. (*Soc. ital. de chir.; Congrès de Gênes.*) — Guérison d'une plaie transversale complète de l'uretère, par POGGI. (*La Riforma med.*, 7 mars.) — Tumeur de la vessie, avec stase considérable dans le système de la veine porte, par PRIBRAM. (*Prager med.*

Woch., 1886, n° 49.) — Calcul vésical chez une femme; extraction par la dilatation immédiate progressive de l'urètre; guérison sans incontinence d'urine, par PFENDER. (*Gaz. méd. de Paris*, 29 janvier.) — Calcul de 3 centimètres 1/2, lithotritie de 40 minutes sans chloroforme ni cocaïne, par PICARD. (*Journ. de méd. de Paris*, 1er mai.) — La litholapaxie et la cocaïne, par TURRI. (*Raccoglitore med.*, n° 2.) — Volumineux calcul rejeté par l'urètre; considérations sur la litholapaxie chez les enfants, par MORELLI. (*Riv. clin. e terap.*, mai.) — Calcul enchatonné de la vessie chez un jeune homme de 18 ans. Taille hypogastrique. Guérison sans l'intervention d'une sonde urétrale, par FLEURY. (*Soc. de chir.*, XIII, p. 65-68.) — Taille hypogastrique pour calcul, par BOIS, PIPET et MOUCHET; rapport, par PÉRIER. (*Ibid.*, XII, p. 935.) — Lithotomie sus-pubienne pratiquée avec succès chez un homme de 72 ans, par J. CRAFT. (*Lancet*, 5 février.) — Taille hypogastrique pour un épithélioma de la vessie, par PICARD. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 fév.) — Deux cas de lithotomie suspubienne, par MAYO ROBSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1162, déc. 1886.) — La blessure du péritoine dans la taille hypogastrique, par MEJIA. (*Thèse de Paris*, 2 mai.) — Taille suspubienne. Mort au bout de 2 mois d'ulcère perforant de l'estomac, par J.-B. ROBERTS. (*Journ. of Am. med. Ass.*, 29 janv.) — Étude sur la taille hypogastrique, par SÉE. (*Rev. de chir.*, janv.)

Virus. — Atténuation des virus, par RODET. (Revue critique; *Revue de médecine*, février, mars, avril.)

Vision. — Loi de Bloch relative aux lumières de courte durée, par CHARPENTIER. (*Soc. de biol.*, 8 janv.) — Rôle des tubercules quadrijumeaux supérieurs dans la transmission des excitations lumineuses au nerf oculo-moteur, par DARKCHEWITCH. (2e *Cong. des méd. russes*, *Moscou.*) — Nouveaux faits relatifs aux excitations lumineuses de courte durée, par CHARPENTIER. (*Soc. biol.*, 22 janvier.) — Nouvelle série d'expériences sur la persistance des impressions rétiniennes, par CHARPENTIER. (*Soc. biol.*, 26 février.) — Note relative aux dernières communications du professeur Charpentier sur la persistance visuelle, par BLOCH. (*Soc. biol.*, 26 février.) — Observations relatives à la persistance visuelle, par BLOCH. (*Soc. biol.*, 5 mars.)—Erreurs de jugement dans le domaine du sens visuel, par HERING. (*Arch. f. gesammt. Phys.*, XXXIX, p. 159.) — L'éclairage dans ses rapports avec l'acuité visuelle, par ROSENTHAL. (*Berl. klin. Woch.*, 1er nov. 1886.)

Vitré (Corps). — Hémorragie du corps vitré, par PANAS. (*Le Bulletin méd.*, 10 avril.) — Hémorragie générale du corps vitré. Ophtalmotomie. Guérison, par ROLLAND. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 956-958.)

Z

Zona. — Zona sciatique, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, mars.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Untersuchungen über die Entwickelung des Lymphsystems beim Hühnerembryo (Recherches sur le développement du système lymphatique chez l'embryon de poulet), par Albrecht BUDGE (*Arch. f. Anat. und Physiol., anat. Abth., Heft* 1, *p.* 59-88, 1887).

Ce travail a été rédigé par His d'après les notes laissées par A. Budge.

De même que, pendant la période embryonnaire, il y a lieu de distinguer deux circulations sanguines, la circulation vitelline et la circulation allantoïdienne, de même Budge distingue deux circulations lymphatiques correspondantes, le système de la deuxième circulation lymphatique (ou allantoïdienne) différant essentiellement de celui de la première en ce qu'il est en communication avec le système veineux, ce qui n'est pas le cas pour la première circulation lymphatique.

Les notes recueillies par His ont trait seulement à la première circulation lymphatique que Budge divise en quatre stades.

Dans un premier stade, il existe de chaque côté de la tête une petite vésicule, la cavité pariétale, qui par son côté interne fournit une branche d'union anastomosée avec une branche semblable émanée de la cavité pariétale de l'autre côté. Les deux cavités pariétales réunies ainsi par un pont transversal figurent une H. Par leur périphérie, les cavités pariétales donnent naissance à de nombreux rameaux qui divergent mais sans atteindre encore le pourtour de l'aire vasculaire. Ce pourtour est occupé d'autre part par un lacis étroit de canalicules qui formeront plus tard en se fusionnant un sinus annulaire lymphatique placé en dedans du sinus annulaire sanguin. Ce lacis périphérique fournit par son bord interne des branches qui tendent à converger vers les branches semblables émanées des cavités pariétales, mais qui ne les rejoignent pas encore, sauf en avant où l'anneau du lacis lymphatique n'est pas fermé et fournit des branches qui, situées de chaque côté de la ligne médiane, se dirigent en arrière et se jettent dans les cavités pariétales correspondantes. Ce n'est donc qu'en avant qu'il y a une communication entre le lacis annulaire et les cavités pariétales.

Ce qui caractérise le deuxième stade, c'est la formation des cavités

pleuro-péritonéales qui se montrent comme deux tubes (après injection) situés de chaque côté des protovertèbres, qui débouchent en avant dans le bord postérieur de la branche transversale de l'H et se terminent en cul-de-sac à leur extrémité postérieure. Le lacis qui occupait la périphérie de l'aire vasculaire est devenu le sinus terminal lymphatique qui envoie en dedans de nombreuses branches dans la direction de l'embryon (sans l'atteindre encore, sauf en avant, comme dans le stade précédent). De plus, de l'extrémité postérieure des cavités pariétales partent des lymphatiques latéraux qui se dirigent en arrière, en dehors du corps de l'embryon et parallèlement à lui. Au niveau de l'ombilic ils communiquent avec les cavités pleuro-péritonéales.

Dans le troisième stade, les lymphatiques latéraux, formés d'abord par un réseau, sont représentés par de grosses branches qui finissent par atteindre l'extrémité caudale de l'embryon, se recourbent en dedans et se rejoignent. Comme d'autre part, en avant, les extrémités des deux cavités pariétales se sont rapprochées et fusionnées, l'embryon est totalement encadré par une lacune lymphatique péri-embryonnaire. Les cavités pleuro-péritonéales ont atteint de leur côté l'extrémité caudale et elles se jettent alors dans la partie postérieure de la lacune périembryonnaire. Enfin les branches émanées de la partie postérieure du sinus annulaire ont abordé l'embryon et contracté des anastomoses avec la lacune péri-embryonnaire. L'anastomose transversale des deux cavités pariétales est entrée en connexion avec le cœur qu'elle entoure ; elle est devenue le sac péricardique.

Le quatrième stade est étudié très incomplètement, les notes laissées par Budge étant insuffisantes. A cette époque, on peut résumer la circulation lymphatique ainsi : un sinus lymphatique terminal et une lacune lymphatique périembryonnaire (qui n'est autre chose que le faux amnios), tous deux communiquant en avant et en arrière par de grosses branches, sur les côtés par un réseau. Dans l'embryon les deux cavités pleuropéritonéales, anastomosées au niveau de l'ombilic et en arrière avec la lacune périembryonnaire, en avant avec l'anastomose transversale.

Budge étudie en ce moment la question des rapports des lymphatiques avec les vaisseaux sanguins. Ils sont immédiatement accolés contre, et comme ils ne sont formés que par un simple tube endothélial (démontrable par l'imprégnation au nitrate d'argent), les échanges nutritifs sont faciles.

Le mémoire se termine par des considérations sur le feuillet vasculaire, la cavité pariétale et le cœlome. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss der Entwickelung des elastichen Gewebes im ligamentum nuchœ und im Netzknorpel (Contribution à l'étude du développement du tissu élastique dans le ligament de la nuque et dans le cartilage réticulé), par **KUSKOW** (*Arch. für mik. Anat.*, *Band XXX*, *Heft* 1, 1887).

On sait qu'il y a actuellement deux opinions sur l'origine des fibres élastiques. L'une (Müller, Ranvier), d'après laquelle elles dériveraient de la substance fondamentale ; l'autre (Hertwig, Gerlach), d'après laquelle elles se développeraient aux dépens du protaplasma cellulaire. L'hypo-

thèse qui faisait provenir les fibres élastiques des noyaux a été abandonnée même par son auteur Henle.

Kuskow reprend la question; il étudie chez des embryons de différents âges et de différents animaux le ligament de la nuque, les cartilages de l'oreille et les cartilages arythénoïdes, au moyen des méthodes d'Unna (violet d'iode) et de Lustgarten (bleu Victoria 4 B).

Un procédé indispensable est aussi le traitement des coupes par une solution de pepsine officinale dans l'acide oxalique à 3 0/0 (0,1 pepsine — 20,0 acide oxalique).

En mettant en œuvre ces différents moyens, l'auteur a pu constater que les fibres élastiques partent du noyau, tantôt de sa périphérie, tantôt de son intérieur ; parfois, il y en a qui le traversent de part en part et ressortent à ses deux extrémités. D'habitude, 1-3 fibres émergent au même endroit et un noyau peut fournir jusqu'à cinq fibres. En dehors du noyau, ces fibres suivent les prolongements protoplasmiques des cellules et les quittent plus ou moins rapidement pour plonger dans la substance intercellulaire ; mais en tout cas elles ne paraissent avoir avec ce protoplasma que de simples rapports de contact. Ces faits s'observent facilement sur les 3 objets indiqués, mais ils sont surtout évidents sur le ligament de la nuque. Les images fournies par le cartilage de l'oreille sont plus irrégulières quoique encore démonstratives.

A. NICOLAS.

Neue Beiträge zur Kenntniss der Zelle (Nouvelles contributions à la connaissance de la cellule), par W. FLEMMING (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXIX, Heft* 3, *p.* 74, 4 *pl.*, 1887).

Dans ce travail, Flemming étudie la karyomitose dans les spermatocytes de Salamandra maculosa.

Il y trouve un remarquable dimorphisme de la mitose. L'une des formes qu'il nomme homœotypique ne se trouve qu'au printemps ; l'autre qu'il qualifie d'hétérotypique s'observe en été.

On peut aussi voir à la fois les deux types ; mais jamais on ne les trouve mélangés à l'intérieur d'un même spermatocyste, dont tous les spermatocytes se divisent suivant le même mode.

Les formes de karyomitose homœotypique et hétérotypique peuvent être ramenées au type général de la division nucléaire indirecte. Voici en quoi elles en diffèrent cependant. La forme hétérotypique se distingue par ces caractères : 1° le peloton n'est pas aussi serré que dans les autres cellules ; 2° les filaments une fois segmentés en long restent attachés ensemble jusqu'au moment de la métakinèse ; 3° le monaster est de courte durée ; 4° le stade terminal de la métakinèse (qui est ici sous forme de tonneau) est très long au contraire ; enfin et surtout, il se fait à la phase de dyaster une deuxième segmentation longitudinale, telle que celle que E. Van Beneden avait déjà entrevue sur l'œuf d'Asc. megalocephale.

Dans la forme homœotypique qui s'éloigne moins du mode mitotique habituel, il faut noter : 1° la texture lâche du peloton ; 2° la séparation précoce à la période de la métakinèse, des anses sœurs issues de la segmentation longitudinale ; 3° la prolongation de la métakinèse, les anses sœurs demeurant fort longtemps à l'équateur.

Outre ces 2 types de karyomitose, Flemming signale des formes anormales : dans l'une, les segments chromatiques sont extrêmement courts; dans des cas de division pluripolaire, à fuseau complexe, on peut voir çà et là des groupes de quatre petites sphères, dus tout à la fois à la segmentation et à la division longitudinale.

Un chapitre spécial est consacré à l'origine du fuseau, que Flemming dit être nucléaire, sans nier absolument toute participation du protoplasma à sa constitution.

Relativement au nombre des segments chromatiques, il est, dans les spermatocytes de la salamandre, la moitié de ce qu'il est dans les autres cellules de cet animal; il est donc de 24 seulement, après segmentation longitudinale; dans la forme hétérotopique, la deuxième division longitudinale porte à 48 le nombre total des anses chromatiques.

A. PRENANT.

Ueber die Intercellularsubstanz des Netzknorpels (Sur la substance intercellulaire du cartilage réticulé), par Rud. KOLSTER (*Arch. f. mik. Anat., t. XXIX, Heft* 4, 1887).

Ces recherches portent sur le cartilage de l'oreille du lapin.

Pour se débarrasser des faisceaux élastiques qui masquent la substance fondamentale, Kolster recommande la digestion (6 jours et plus) dans la trypsine, d'après la méthode de Kühne et de Tillmanns, ou à son défaut dans l'eau de baryte, le sel à 10 0/0... etc. — Sur des préparations traitées de cette manière et dans lesquelles il n'y a plus ni faisceaux élastiques ni éléments cellulaires, on constate alors que la substance intercellulaire est formée de fibrilles agencées en une couche parallèle au périchondre.

De place en place, il se détache de cette couche des faisceaux qui se recourbent et se dirigent alors perpendiculairement au périchondre dans l'intérieur du cartilage. Ces faisceaux perpendiculaires s'anastomosent plus ou moins entre eux; quelquefois au point de former un réseau dans lequel se trouvent logées les cellules. Celles-ci n'ont point à proprement parler de capsule telle qu'on la décrit, c'est-à-dire d'enveloppe en forme de membrane mince. On ne voit à sa place que des fibrilles très fines.

Enfin Kolster n'admet pas que ces fibrilles se ramifient, contrairement à Tillmanns, et il déclare n'avoir pas vu les « canaux du suc » décrits par Hertwig.

A. NICOLAS.

Ueber die Fortsätze der Nervenzellen in den Herzanglien (Sur les prolongements des cellules nerveuses dans les ganglions du cœur), par ARNSTEIN (*Archiv für mik. Anat., Band XXIX, Heft* 4, 1887).

Les cellules ganglionnaires du cœur de la grenouille, qu'elles soient uni-, bi- ou multipolaires présentent essentiellement deux prolongements nerveux. L'un va se jeter dans le faisceau de tubes nerveux qui avoisine la cellule, l'autre, qui présente d'ailleurs des caractères différents, va entrer en rapport avec un faisceau musculaire et se termine par de fines ramifications dans les cylindres primitifs. Indépendamment de ces deux sortes de prolongements, les cellules multipolaires peuvent montrer encore : un prolongement protoplasmique qui établit une anas-

tomose entre deux cellules voisines; de fins prolongements très déliés qui ne peuvent être suivis longtemps et qui se perdraient soit dans le tissu ambiant soit dans le plexus général. L'auteur ne peut résoudre la question de savoir si le prolongement cellulaire qui va rejoindre le nerf voisin est centrifuge ou centripète; il penche plutôt pour la seconde hypothèse.

Quant aux cellules nerveuses à fibre spirale, Arnstein croit qu'elles ne doivent cette disposition particulière d'un de leur prolongement qu'à une action mécanique (physiologique ou autre). On expliquerait ainsi les différentes dispositions que l'on observe (cellule unipolaire munie de ses deux prolongements émergeant au même pôle; cellule bipolaire, résultant d'un développement plus complet).

Dans le cœur du lapin (cloison interauriculaire), on voit aussi les mêmes particularités, et toujours ce fait important de deux sortes de prolongements, l'un se rendant à un muscle, l'autre à un nerf.

A. NICOLAS.

Klappen an den Magenvenen (Valvules des veines gastriques), par HOCHSTETTER (*Soc. de méd. de Vienne*, 18 *février* 1887).

On admet que la veine porte et ses branches sont dépourvues de valvules. Cependant l'auteur a trouvé, chez les nouveau-nés, des valvules dans les veines gastriques brèves et gastro-épiploïques. Ces valvules s'opposent au reflux du sang vers l'estomac.

De même, la veine coronaire, dans son segment supérieur, possède des valvules, suffisantes chez l'enfant et insuffisantes chez l'adulte.

L. GALLIARD.

Intorno ad una anomala Disposizione delle Vene del Collo nell' Uomo (Sur une disposition anormale des veines du cou chez l'homme), par Pilade LACHI (*Atti della Societa toscana di scienze naturali. — Pise, t. VII, fasc.* 1, 1886).

L'anomalie existait à droite aussi bien qu'à gauche, mais de ce côté elle n'était pour ainsi dire qu'à l'état rudimentaire. La veine céphalique, arrivée dans l'interstice qui sépare le grand pectoral du deltoïde, se bifurquait, et la branche de bifurcation, après un certain trajet, venait se jeter dans le tronc primitif; il en résultait une sorte d'anneau situé dans le creux sous-claviculaire. A droite, au contraire, la branche de bifurcation continuait son chemin, passait par-dessus la clavicule, et allait se terminer dans la veine jugulaire externe. Enfin, et dans un autre ordre d'idées, du côté gauche le muscle omo-hyoïdien était représenté par une lame charnue triangulaire dont la base s'attachait à la clavicule et le sommet à l'os hyoïde. Cette disposition, rencontrée chez le nègre par Giacomini et Gegenbaur, rappelle le muscle cléido-hyoïdien des mammifères.

Quant à l'anomalie veineuse, elle est le fait de la persistance et de l'exagération d'une disposition embryonnaire et s'explique facilement par l'atavisme. Chez le singe, on rencontre (Grüber, Fialbi) en effet normalement, avec des variantes que l'on peut grouper autour d'un type régulier, une anastomose entre la jugulaire externe et la veine céphalique.

A. NICOLAS.

Étude anatomique des glandes connues sous les noms de sous-maxillaire et de sublinguale chez les mammifères, par RANVIER (*Archives de physiologie, 1er octobre* 1886).

Pour se mettre à l'abri des erreurs commises par des anatomistes distingués, l'auteur a pratiqué la dissection minutieuse des glandes dans l'alcool au tiers.

Il passe en revue les rongeurs, les insectivores, les chéiroptères, les carnivores, le cheval, le cochon, le mouton et l'homme.

Rongeurs. — Chez le rat, la sous-maxillaire placée en arrière de la sublinguale paraît au premier abord unique, mais elle est en réalité formée de deux glandes contenues dans la même capsule. Le microscope permet du reste de distinguer deux conduits excréteurs indépendants. La glande située en dehors et un peu en avant semble mériter un nom spécial : Ranvier l'appelle *rétro-linguale*, réservant le nom de sous-maxillaire à la glande la plus volumineuse. La sublinguale et la rétro-linguale sont des glandes muqueuses ; la sous-maxillaire proprement dite est une glande séreuse.

Chez l'écureuil, on distingue plus facilement encore l'existence d'une sublinguale, d'une sous-maxillaire et d'une rétro-linguale, ces deux dernières étant séparées par une couche de tissu conjonctif.

Chez le cochon d'Inde, même disposition et mêmes propriétés des glandes que chez l'écureuil et le rat.

Le lapin et le lièvre n'ont pas de rétro-linguale.

Insectivores. — Chez le hérisson, on constate la présence de la rétro-linguale qui est placée en dehors de la sous-maxillaire dont elle a à peu près l'aspect, mais dont elle se distingue par ses caractères histologiques et physiologiques qui en font une glande séreuse comme la sublinguale placée en avant. La sous-maxillaire, au contraire, est une glande muqueuse.

Chez la taupe, la rétro-linguale est placée en dedans de la sous-maxillaire. Il n'y a pas là d'anomalie, puisque le canal excréteur de la rétro-linguale se trouve, comme dans les espèces précédentes, placé à la terminaison en dehors de celui de la sous-maxillaire. Il y a une inversion des glandes, par suite du développement. La sublinguale n'a pas été rencontrée, mais l'auteur n'a pratiqué qu'une seule dissection.

Chéiroptères. — La chauve-souris présente les trois glandes dans leur ordre habituel : la sublinguale en avant, la sous-maxillaire et la rétro-linguale en arrière, cette dernière étant située en dehors.

Carnivores. — Chez le furet, il n'y a pas de sublinguale, mais une sous-maxillaire et une rétro-linguale, celle-ci étant placée en dedans, comme chez la taupe.

Il en est de même chez le chien et chez le chat.

Chez les carnivores, la sous-maxillaire est muqueuse, la rétro-linguale est une glande mixte, à la fois séreuse et muqueuse.

Le cheval et le mouton ont une glande sous-maxillaire et une sublinguale de type mixte.

Chez le cochon, on distingue une glande sublinguale, une rétro-linguale et une sous-maxillaire. Toutes trois ont des propriétés mixtes.

Chez l'homme, il n'y a pas de rétro-linguale. La sous-maxillaire se

rapproche des glandes muqueuses et la sublinguale des glandes séreuses. A. GILBERT.

Note sur une articulation anormale entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde de l'homme, par Ch. DEBIERRE (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, 1er *janvier* 1886).

Description d'une pièce, appartenant à un sujet de 56 ans, chez lequel l'ossification du thyroïde est très avancée ; de plus, le ligament thyro-hyoïdien latéral était, de chaque côté, représenté par une pièce osseuse, partant de la grande corne de l'hyoïde et allant s'articuler avec l'extrémité supérieure de la grande corne du thyroïde. Cette partie osseuse supplémentaire, appartenant à l'hyoïde, représente, dit l'auteur, le cartilage triticé qui existe normalement dans le ligament thyro-hyoïdien latéral, et qui s'est ici ossifié. Quant à l'articulation inférieure de cet os supplémentaire, elle est en rapport avec la nécessité physiologique de la mobilité du larynx sur l'os hyoïde. M. DUVAL.

Origines du nerf acoustique, par C. von MONAKOW (*Revue médicale Suisse romande*, *VI*, 590, *septembre* 1886).

Von Monakow a coupé sur des chats nouveau-nés le ruban de Reil ou faisceau triangulaire de l'isthme. Six mois après, il sacrifiait ces animaux pour étudier les dégénérations consécutives à cette section. Voici ses conclusions :

Dans la masse du ruban de Reil, il y a des fibres qui croisent le raphé, directement, ou après s'être unies avec la substance grise de l'olive supérieure et qui aboutissent comme fibres arciformes aux stries acoustiques du côté opposé, pour se terminer en dernier lieu dans la substance grise du tubercule acoustique, aux cellules ganglionnaires allongées de la couche moyenne.

Les fibres d'origine de l'acoustique prennent donc très probablement naissance dans la substance grise du tubercule acoustique ; elles se continuent dans le faisceau des stries acoustiques qui contournent en arc les corps restiformes, traversent obliquement le noyau de Deiters en se dirigeant vers le raphé qu'elles croisent en se dissociant (fibres arciformes de l'acoustique), puis elles se dirigent dans la substance grise de la partie antérieure de l'olive supérieure du côté opposé, pour pénétrer dans les hémisphères cérébraux par l'intermédiaire du ruban de Reil et des tubercules quadrijumeaux. J. B.

Zur Anatomie des Hörorgans (Contribution à l'anatomie du labyrinthe), par GRUBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 838, 29 *novembre* 1886).

Sur des crânes macérés, Gruber montre que l'espace labyrinthique ne communique pas avec la caisse tympanique uniquement par la fenêtre ronde. Le vestibule et la rampe supérieure du limaçon sont aussi en communication avec la cavité tympanique par une fente placée sur le plancher de cette cavité dans la direction de la niche de la fenêtre ronde. A l'état frais, cette fente se trouve comblée par la portion initiale de l'aqueduc du limaçon qui est recouvert en bas par la membrane de revêtement de cette niche. J. B.

Ueber die Muskeln der Ohrmuschel und einige Besonderheiten des Ohrknorpels (Sur les muscles du pavillon de l'oreille et quelques particularités du cartilage auriculaire, par Dmitry TATAROFF (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 1, 1887).

L'auteur étudie d'abord la répartition des points, où les vaisseaux perforent les différents cartilages du pavillon; il signale en outre de petits îlots cartilagineux indépendants dont deux occupent, sur le bord de l'hélix, la situation du tubercule de Darwin.

Il observe que la graisse, dont on avait nié l'existence sur la face externe du pavillon, y est présente en certains points; d'une façon générale, la graisse ne manque que là où la peau est très tendue sur le cartilage, comme c'est le cas au niveau de l'anthélix.

Les poils sont abondants, pour peu qu'il y ait de la graisse; le grand développement du système pileux au niveau du tragus et de l'antitragus est dû à l'existence d'un tissu sous-cutané abondant en ces régions. Les glandes sudoripares manquent le plus souvent.

Les muscles ont surtout attiré l'attention de l'auteur; c'est à l'aide de coupes et non le scalpel à la main qu'il étudie leur répartition. Les faits dignes d'être relevés à ce sujet paraissent ceux-ci : Le muscle transverse de l'oreille existe, mais est variable. Il existe un muscle oblique, allant de l'éminence de la fosse triangulaire à l'éminence de la conque ; Sappey ne le mentionne pas; Gegenbaur en a fait une partie du muscle transverse. Le muscle de l'antitragus doit être partagé, ainsi que Theile l'a fait, en deux groupes, dont l'un répond au type classique; le deuxième va de l'antitragus à la queue de l'hélix. Trois ordres de fibres, ascendantes (les principales) sagittales et frontales, c'est-à-dire tendues de la peau au cartilage, constituent le muscle du tragus. Le faisceau accessoire de ce muscle (Sappey) est ici décrit sous le nom de muscle tragohélicinus, comme distinct. L'auteur parle d'un muscle de l'incisure de Santorini, faisant partie du système du muscle du tragus. Il retrouve enfin le muscle stylo-auriculaire, décrit par Hyrtl. A. PRENANT.

Sullo sviluppo delle Ossa piatte secondarie del Cranio da connettivo e sulla loro rigenerazione dopo la trapanazione, par V. MARTINI (*Sienne,* 1886. 36 *p.*, 2 *pl.*)

Relativement au développement des os plats du crâne, Martini conclut qu'ils se développent en dehors du crâne primordial d'une façon absolument indépendante du cartilage. Les cellules embryonnaires primitives se transforment en cellules connectives et celles-ci en ostéoblastes qui s'agencent en colonnes. Ces colonnes forment une sorte de réticulum envahi progressivement par l'ossification qui s'avance dans une direction centrifuge le long de la fibre ostéogénique. Celle-ci est d'abord le centre d'un dépôt de sels calcaires qui se résorbent, puis d'un véritable processus d'ossification qui est le fait des ostéoblastes. L'ossification périostale se fait aux dépens de gros éléments embryonnaires de la couche ostéogène du périoste et se présente sous la forme d'une lamelle réticulée.

Quant au second point, l'auteur déclare que, chez les animaux âgés, il se fait une cicatrisation de la perte de substance par développement

d'un tissu fibreux dense ; chez les animaux jeunes, la néoformation osseuse se fait aux dépens du pourtour de l'os trépané sous forme de tractus osseux convergeant vers le centre de la solution de continuité. La surface externe de la dure-mère fournit aussi des noyaux osseux qui viennent se fondre avec les premiers. Le péricrâne ne contribue pas, ou seulement dans une mesure très restreinte, à la réparation. La vitalité et l'adhésion complète consécutive des plaques osseuses sont assurées à la condition qu'il n'y ait pas de suppuration ; toutefois, lorsque celle-ci n'est pas trop abondante, il peut y avoir une soudure partielle plus ou moins étendue. A. NICOLAS.

Sur le développement, l'évolution et sur l'angle de la mâchoire inférieure, par DEBIERRE (*Société d'anthropologie de Lyon*, 3 *juillet* 1886).

A la suite de Serres, Debierre observe que le maxillaire est subordonné, dans sa formation, au développement des dents.

Au fur et à mesure que les dents paraissent chez l'embryon, l'enfant et l'adolescent, la portion du maxillaire inférieur située en arrière du lieu d'apparition de la nouvelle dent s'allonge ; et comme le condyle est fixé au crâne, la branche montante recule de plus en plus, et l'angle de la mâchoire devient de moins en moins obtus. L'étude des races humaines à ce point de vue apprend aussi que, chez celles dont les molaires sont très grosses et en série uniforme (Néo-Calédoniens par ex.) l'angle mandibulaire est presque droit (108° 105°.) Chez les singes anthropomorphes, où les molaires sont en série croissante, l'angle varie de 95° à 108°. Au contraire, dans les races caucasiques, à molaires en série décroissante, l'angle mandibulaire, mesuré chez le fœtus à terme, l'adulte et le vieillard et à tous les âges intermédiaires entre ces grandes étapes, s'est montré de 140° chez le fœtus à terme, de 135° à deux ans, de 130° à la septième année, de 120° chez l'adulte, et chez le vieillard, après la chute des dents, de 123° en moyenne.

Debierre, examinant ensuite le mode d'ossification de la mandibule, et cherchant la part que prend le cartilage de Meckel à la constitution de la mâchoire, reconnaît que le maxillaire naît tout d'une pièce, dans un tissu conjonctif préexistant. Il n'y a donc pas lieu d'admettre de points spéciaux d'ossification pour l'épine de Spix, l'angle, l'apophyse coronoïde, et le condyle, répondant aux os distincts que l'on trouve chez les vertébrés inférieurs.

Il se fait seulement, à la partie postérieure de l'ébauche lamelliforme qui constitue la mandibule, trois coulées osseuses dont l'une formera l'angle, l'autre l'apophyse coronoïde, et la troisième la branche montante de la mandibule. Les parties suivantes : apophyses géni, symphyse, condyle, angle, et sommet de l'apophyse coronoïde, présentent des points cartilagineux qui ne doivent pas être considérés comme des restes d'un cartilage antérieur, épargnés par l'ossification, mais comme les résultats d'une chondrification secondaire du tissu conjonctif. Le cartilage de Meckel ne prend aucune part à la constitution de la mandibule.

Discutant enfin la valeur morphologique de l'articulation temporo-maxillaire, Debierre voit l'homologue de l'os carré, non pas dans le marteau, qui est la partie supérieure du cartilage de Meckel ossifiée, mais dans le zygoma, c'est-à-dire une portion du squamosal (écaille du

temporal) séparée du reste par une suture très nette chez le cobaye et surtout le cabiai; il y a ainsi dans l'écaille une suture quadrato-squamosale, déjà vue par Albrecht sur le crâne d'une idiote. L'articulation mandibulaire chez tous les vertébrés est une articulation quadrato-articulaire.

A. PRENANT.

Ueber die Nervenendigungen in der Schleimhant und im Epithel der Saügethierzunge (Sur les terminaisons nerveuses dans la muqueuse et l'épithélium de la langue des mammifères), par L. ROSENBERG (*Sitz. d. k. Ak. d. Wiss., zu Wien., Band XCIII*, 34 *p.*, 2 *pl.*, *mai* 1886).

Dans toutes les régions de la langue, chez l'homme et certains mammifères (cheval, lapin, porc, etc.) Rosenberg trouve : un réseau sous-muqueux de tubes à myéline; un réseau de tubes à myéline dans le chorion de la muqueuse, réseau qui devient de plus en plus serré à mesure qu'on se rapproche de la surface, et qui présente çà et là des ganglions; un réseau sous-épithélial de fibres sans myéline, duquel partent des fibres ascendantes qui pénètrent dans l'épithélium; de ces fibres, les unes sont verticales et montent jusque dans les couches cornées de l'épithélium pour se terminer en une série de gouttelettes fines; les autres prennent une direction horizontale et se terminent dans les couches profondes non cornées de l'épithélium par des renflements ou boutons de forme variable; ce double mode de terminaison des fibres intraépithéliales est constant. Tel est le schéma général de la distribution des nerfs de la langue, schéma qui ne subit que des variations de peu d'importance, quand on examine l'innervation des diverses parties de la langue. Rosenberg accorde une attention toute spéciale à la terminaison des nerfs dans les papilles filiformes, qui sont richement innervées.

Les corpuscules de Langerhans sont pour lui, comme pour Arnstein et Ranvier, des cellules migratrices, qu'il a vues passer des vaisseaux dans la muqueuse, et de celle-ci dans l'épithélium.

Dans les papilles filiformes du cheval, Rosenberg trouve des cellules d'aspect vésiculeux tout particulier, fortement colorées par le chlorure d'or, de forme variable. Ces cellules rappellent celles que Cybulsky a décrites sur le museau du bœuf; mais, contrairement à Cybulsky, R. ne peut décider avec certitude si elles sont en connexion avec les nerfs épithéliaux. Ces cellules peuvent s'agencer en colonnes intraépithéliales, verticales et parallèles à l'axe de la papille. Quant à leur signification, elles représenteraient des cellules sensorielles telles que les « cellules tactiles » de Merkel.

A. PRENANT.

Ueber die Ausdehnung des Schmelzorganes und seine Bedeutung für die Zahnbildung (Sur l'extension de l'organe de l'émail et son rôle dans la formation de la dent), par A. BRUNN (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXIX, Heft* 3).

Certaines portions de la surface de certaines dents sont, à l'état adulte, dépourvues d'émail; telles sont chez le rat les surfaces masticatrices des molaires, en partie privées d'émail, la face postérieure, et la plus grande partie des faces latérales des incisives des rongeurs, les racines des dents uni et multicuspidées. Toutes ces surfaces ont été cependant, à un certain moment du développement de la dent, pourvues d'un épithé-

lium propre à fournir de l'émail; mais cette production ne s'est pas faite. Les cellules épithéliales se sont bornées à subsister en s'atrophiant insensiblement, de façon à constituer une gaine épithéliale assurant la forme de la dent future, jusqu'à ce que, à l'intérieur de cette gaine, les odontoblastes se disposant en ligne, et ayant fourni la première lamelle de dentine, la dent ait pris sa forme définitive. Dès lors, la gaine épithéliale va disparaître, partout où il ne se formera pas d'émail, envahie par le tissu conjonctif qui la pénètre, la dissocie en petits groupes cellulaires, et finit par la remplacer complètement, en formant le périoste alvéolo-dentaire.

Ainsi la formation de l'émail n'est pas la seule fonction du bourgeon épithélial de la muqueuse alvéolaire imaginée. Avant tout, ce bourgeon est destiné à constituer une gaine sous laquelle l'ivoire se constituera (gaine épithéliale d'Hertwig). Chez certains animaux, l'armadillo, ainsi que Tomes l'a montré, cette destination est la seule, car l'organe de l'émail ne formera pas d'émail.

Chez la plupart des animaux, à cette fonction s'ajoute le rôle formateur de l'émail, qui n'est qu'accessoire, puisqu'il n'est pas général. Pour ces raisons, à l'expression d'organe de l'émail, Brunn propose de substituer celle de gaine épithéliale, beaucoup plus compréhensive, et applicable à tous les animaux. A. PRENANT.

Sur la présence, dans les muscles striés de l'homme, d'un système spécial constitué par des groupes de petites fibres musculaires entourées d'une gaine lamelleuse, par BABINSKI (*Compt. rend. de la Société de Biologie*, 18 *décembre* 1886).

L'auteur a décrit, en 1884, des figures particulières observées sur des coupes de muscles striés, dans un cas d'amyotrophie consécutive à une lésion de la moelle. Il a retrouvé ces mêmes figures dans les coupes de muscles à l'état normal. Dans l'épaisseur du tissu conjonctif qui sépare les faisceaux de fibres, on voit de petits îlots plus ou moins régulièrement arrondis, d'un diamètre de 100 à 200 μ; à leur périphérie, une gaine de tissu conjonctif présente la structure des gaines lamelleuses des nerfs. Dans leur intérieur il existe 3 à 7 fibres musculaires striées, d'un diamètre supérieur à celui des fibres normales, et présentant un plus grand nombre de noyaux que celles-ci. Ces petites gaines renferment des tubes nerveux et des vaisseaux. Ce système spécial, constitué par des groupes de petites fibres musculaires bien distinctes des faisceaux secondaires des muscles, est indépendant des autres parties de muscle et a son autonomie propre. Babinski pense que ces groupes de fibres musculaires représentent des faisceaux en voie d'atrophie, mais d'atrophie physiologique, pour ainsi dire. F. H

Ueber die Anordnung der Kerntheilungsfiguren... (Sur la distribution des figures karyokinétiques dans le système nerveux central et la rétine des embryons de couleuvre), par MERK (*Sitz. der kais. Akad. zu Wien.*, *Band XCII*, *p.* 356-374).

La distribution des figures karyokinétiques dans le système nerveux central et dans la rétine (chez le tropidonotus natrix) diffère selon l'âge des embryons.

Chez des embryons jeunes (correspondant à des embryons de poulet de 3 à 5 jours), Merk a constaté que la couche qui borde, soit la lumière du tube médullaire soit la cavité des ventricules d'une part, et la couche la plus externe du feuillet distal de la vésicule oculaire secondaire d'autre part, montrent *seules* des noyaux en division. Le plan de division est toujours perpendiculaire, aussi bien dans les différentes régions de l'axe cérébro-spinal que dans la rétine, à la surface de la couche épithéliale, de telle sorte que les deux nouveaux noyaux viennent se placer, non pas l'un derrière l'autre, mais bien l'un à côté de l'autre. De ces deux ordres de faits on peut déjà conclure que l'épithélium épendymaire et la zone externe du feuillet rétinien fournissent la presque totalité des matériaux cellulaires destinés à l'édification des centres nerveux et de la rétine. En second lieu, ces couches se développant naturellement plus vite que celles qui sont en dehors d'elles, et les noyaux résultant de la division s'agençant suivant une direction tangentielle, il en résulte une courbure à convexité dirigée soit en dehors soit en dedans, suivant les cas (rétine).

A un stade plus avancé (correspondant à des poulets de 10 jours), les mitoses ont considérablement diminué de nombre, mais ce qu'il y a de particulier c'est que, à un certain moment, elles ne sont plus localisées à l'épithélium ventriculaire, on en rencontre dans le reste de la substance cérébrale, notamment dans l'épaisseur du cervelet. Dans la moelle, à cette époque, on en observe aussi en dehors de l'épithélium qui borde le canal central, dans une région située en avant sur la ligne médiane. Mais les figures karyokinétiques disparaissent dans la moelle à une époque où elles sont encore nombreuses dans le cerveau, et cette disparition marche progressivement de la moelle cervicale vers la moelle caudale. Conclusion : la moelle se développe d'avant en arrière et plus vite que le cerveau. Dans la rétine, les mitoses sont aussi devenues plus rares et d'autant plus qu'on se rapproche du fond de l'œil ; dans le voisinage de l'ora serrata, elles sont encore abondantes et la rétine a gardé à cet endroit ses caractères embryonnaires, alors que dans le fond les différentes couches se sont déjà différenciées. La disparition des mitoses correspond au moment de l'apparition des bâtonnets. Dès que ceux-ci se développent, toute division s'arrête.

Signalons pour terminer deux faits intéressants. C'est d'abord la présence de grains colorés en noir par l'osmium (graisse ?) dans l'épithélium ventriculaire au moment où les mitoses cessent d'être localisées à cet endroit ; et enfin des aspects particuliers des noyaux (axe cérébro-spinal et rétine) que l'on pourrait confondre avec des mitoses mais qui n'en sont pas et que Merk considère comme étant le résultat de métamorphoses postkaryokinétiques des noyaux. A. NICOLAS.

Sur le lieu et le mode de formation du pigment cutané chez les mammifères par RETTERER (*Soc. de biol.*, 12 *mars* 1887).

L'auteur conclut de ses recherches que, dans les conditions normales de l'évolution, le pigment apparaît chez les mammifères dans les couches profondes de l'épiderme et de ses dépendances (poil) avant qu'il n'en existe dans le derme. Les cellules épithéliales semblent aptes à élaborer

la substance pigmentaire qui les imprègne. Il est fort probable que plus tard, chez les animaux adultes, les mêmes éléments continuent à être le siège d'un processus identique. Cependant la présence d'éléments pigmentés dans le derme indique que les mamnifères possèdent aussi des cellules conjonctives pigmentaires analogues aux chromoblastes.

C. WALTHER.

Di una Disposizione a Sfintere allo Sbaco del Coledoco (Disposition d'un sphincter à l'embouchure du canal cholédoque), par Ruggero ODDI (*Laboratorio di Fisiologia di Perugia*, 1887).

L'auteur a essayé de pratiquer la fistule cholécysto-gastrique, comme moi-même j'ai pratiqué la fistule cholécysto-jéjunale. Au cours de ses recherches, il a enlevé la vésicule biliaire, et il a constaté que, bientôt après, le canal cholédoque s'était considérablement dilaté et qu'il s'était transformé en un véritable réservoir de bile. Il a cherché la raison de cette distension dans un obstacle à l'écoulement continu de la bile qui existerait à l'embouchure du canal cholédoque. Il a aperçu en effet, en employant le procédé de Marcacci (injection d'un mélange à volumes égaux d'acide nitrique, glycérine et eau), une couche musculaire indépendante de la tunique musculaire de l'intestin ; les fibres lisses constituent à l'entrée du canal un véritable sphincter. Le rôle de ce sphincter est vraisemblablement de régler l'écoulement périodique de la bile dans l'intestin et de prévenir la pénétration du contenu intestinal dans les voies biliaires. Il interviendrait peut-être aussi dans le mécanisme pathogénique de l'ictère spasmodique. Glisson avait admis sans preuves l'existence de ce sphincter, qui avait échappé à l'attention du plus grand nombre des anatomistes qui l'ont suivi. Oddi signale à l'orifice du canal de Wirsung une disposition analogue dont le rôle devrait être rapproché de celui que l'auteur attribue au sphincter cholédoque. DASTRE.

Untersuchungen über die Beziehungen des Darmepithels zum lymphoïden Gewebe (Recherches sur les relations de l'épithélium intestinal avec le tissu lymphoïde), par v. DAVIDOFF (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXIX*, *Heft* 4, *p.* 495-525).

Le travail de v. Davidoff comprend deux parties : dans la première, il expose ses recherches sur le jéjunum de l'homme ; dans la seconde, ses recherches sur l'appendice vermiforme du cobaye.

Dans l'intestin de l'homme, deux points sont successivement examinés : 1° la nature et l'origine de la membrane basale ; 2° l'épithélium de revêtement de la villosité.

Relativement à la première question, l'auteur, après avoir rapporté les différentes opinions des auteurs, rapporte ses propres observations et déclare que la membrane basale est une formation qui dépend de l'épithélium. Elle est formée par des prolongements extraordinairement fins qui émanent de l'extrémité profonde des cellules épithéliales, et qui après avoir pris une direction tangentielle s'entre-croisent et forment une véritable lame feutrée, renfermant des noyaux. D'autre part, cette lame basale émet par sa face profonde des filaments très grêles qui plongent dans le tissu adénoïde de la villosité, de telle sorte qu'en somme il y a une connexion intime entre l'épithélium et le tissu adénoïde ; la

membrane basale n'est qu'une zone intermédiaire qui après tout appartient aussi bien à celui-ci qu'à celui-là.

Un fait essentiel, c'est que la membrane basale est perforée de place en place, et que par ces trous passent des prolongements ramifiés et pourvus de noyaux, émanés du protoplasma des cellules épithéliales.

Quant à l'épithélium, Davidoff montre qu'il contient deux sortes de noyaux, offrant des caractères bien nettement tranchés. Les uns, noyaux primaires, sont les noyaux des cellules épithéliales que l'on connaît; les autres, noyaux secondaires, sont ceux que l'on croit d'habitude appartenir à des éléments migrateurs.

Il existe un rapport génétique évident entre les noyaux secondaires et les noyaux primaires, et il semble que les secondaires dérivent des primaires par bourgeonnement. Davidoff déclare cependant qu'il ne peut pas affirmer qu'il y ait là des phénomènes de division directe, mais il conclut en disant qu'il admet, sans réserve, *l'origine des leucocytes aux dépens des cellules épithéliales*. C'est qu'en effet, une fois que le noyau secondaire est formé, il ne reste pas dans la cellule épithéliale. Il est peu probable qu'il tombe au dehors dans la lumière de l'intestin, tandis qu'un certain nombre de faits montrent qu'il peut atteindre petit à petit la membrane basale, la traverser et se séparer alors de la cellule épithéliale souche, en entraînant avec lui une zone de protoplasma qui peut se séparer plus tard du protoplasma épithélial originel. Ce fait explique l'existence de ces prolongements nucléés que l'on voit partir soit de la surface profonde de la membrane basale, soit de la cellule épithéliale elle-même au travers d'un trou de cette lamelle basale.

Ces phénomènes rendent bien compte de ce qui peut se passer lors de l'absorption de la graisse et concilient les observations des différents auteurs : la cellule épithéliale se remplit de granulations graisseuses, son noyau donne un noyau secondaire ; et celui-ci émigre vers le stroma de la villosité entouré d'une zone protoplasmique qui est détachée du protoplasma épithélial, et qui est elle-même remplie de graisse. — Enfin, pour ce qui regarde les follicules clos de l'appendice vermiforme du cobaye, Davidoff fait voir qu'au niveau de ces follicules clos il n'y a *aucune limite* entre le revêtement épithélial et le tissu lymphoïde. On aperçoit là une « zone intermédiaire », riche en noyaux primaires, en noyaux secondaires et en noyaux de transition entre les deux. Sa conclusion est que les follicules lymphatiques peuvent être considérés comme des endroits où la formation des leucocytes aux dépens des éléments épithéliaux se fait avec une activité toute spéciale. A. NICOLAS.

Untersuchungen über den Bau des funktionirenden Samenkanälchens einiger Saügethiere und Folgerungen für die Spermatogenese dieser Wirbelthierklasse (Recherches sur la structure du canalicule séminifère pendant son fonctionnement, etc...), par Carl BENDA (*Arch. für mikros. Anatomie, Band XXX, Heft* 1, *p.* 49-111, 3 *pl.*).

Les canalicules séminifères des mammifères renferment deux sortes d'éléments : les cellules souches avec leurs dérivés et les cellules à pied.

La spermatogénèse comprend quatre actes successifs : 1° multiplication (par division indirecte) des cellules souches; 2° production des cellules

séminifères aux dépens des cellules souches; 3° copulation des cellules à pied avec les cellules séminifères, et 4° transformation des cellules séminifères en spermatozoïdes. La copulation des cellules à pied avec les cellules séminifères se fait dès qu'une génération de ces dernières est complètement développée, et la transformation en spermatozoïdes commence immédiatement. C'est d'après la situation du plan de copulation que s'orientent les différentes parties du spermatozoïde; l'endroit du noyau qui en est le plus rapproché formera la tête; celui qui en est le plus éloigné, le filament caudal.

Pendant tout le temps de leurs transformations, les cellules séminifères restent en rapport avec les cellules à pied et sont tranformées en un faisceau de spermatozoïdes par les changements actifs ou passifs de ces cellules.

Enfin l'expulsion des grappes de spermatozoïdes se fait par relâchement spontané ou passif de leur union avec la cellule à pied, sous l'influence de la pression exercée par les éléments voisins en train de se développer.

Tous ces phénomènes se succèdent régulièrement et sans interruption dans un canalicule donné, chacun des points de celui-ci étant à des stades différents. Cette alternance a pour résultat de rendre continue, chez les mammifères, la sécrétion spermatique. A. NICOLAS.

Bau und Entwicklung der Samenfäden (Structure et développement des filaments spermatiques), par WALDEYER (*Verhandlungen der ersten Versammlung der anatomischen Gesellschaft; Leipzig, den* 14 *und* 15 *April* 1887. — *Anatomischer Anzeiger, n°* 12, 1887).

Cette communication de Waldeyer est un résumé des données acquises sur la spermatogenèse, c'est-à-dire l'histoire des spermatozoïdes dans sa plus large acception. Waldeyer s'y est abstenu presque complètement de critique.

Il s'est occupé d'abord de la structure et de la forme des spermatozoïdes, et signale à cet égard des points qui restent presque inexplorés : l'adaptation par exemple des formes de la tête à la structure de l'œuf, à la présence de micropyles, etc. Il insiste aussi sur l'intérêt qu'il y aurait à déterminer exactement la forme du spermatozoïde parfaitement mûr, que l'on est alors obligé de chercher dans les voies génitales de la femelle, où souvent il parfait son développement. Il rappelle le dimorphisme des spermatozoïdes chez plusieurs espèces animales.

Au sujet de la spermatogenèse proprement dite, il distingue : 1° la descendance des spermatozoïdes; 2° leur histogénèse; 3° leur aspect à l'état mûr.

1° Sur ce premier chapitre, il y a deux questions à se poser :

a) De quels éléments constituants du tube séminifère les spermatozoïdes dérivent-ils? Waldeyer rappelle les opinions qui sont en cours; et classe en deux groupes les nombreux travaux qui se sont succédés sur cette question. Ce sont d'abord les opinions d'après lesquelles il n'y a qu'une seule sorte d'éléments dans le tube séminifère. Ce sont, en second lieu, les partisans d'une dualité cellulaire, les spermatozoïdes n'étant fournis que par l'une des deux sortes de cellules. On pourrait encore faire un troisième groupe avec des partisans de la dualité cellulaire,

pour qui les deux sortes d'éléments sont employés dans la spermatogenèse, les uns à la production, les autres à la nutrition des filaments spermatiques.

b) Allant plus loin, Waldeyer recherche de quelle ébauche embryonnaire, les cellules souches des spermatozoïdes sont issues, trouve dans l'épithélium germinatif cette origine, et, remontant davantage encore, cherche de quel feuillet l'épithélium germinatif dérive. Il expose à ce propos la théorie de Nussbaum et de Weissman, d'après qui, on le sait, ce sont dès le début certaines cellules segmentaires qui forment la glande génitale (cellules sexuelles), les autres constituant le reste de l'individu (cellules somatiques).

Waldeyer termine ce chapitre par quelques considérations sur les principaux travaux qui ont trait à la spermatogénèse chez les invertébrés. Il y cherche encore à se décider en faveur de l'unité ou de la dualité cellulaire de la glande génitale.

2° L'histogénèse des spermatozoïdes se résume en ceci : de quelle façon le noyau est-il employé à la formation des filaments spermatiques? On sait qu'à cette question, les auteurs ont fait des réponses très diverses. *a*) Les spermatozoïdes sont des formations purement nucléaires. *b*) La tête dérive du noyau, le filament du protoplasma de la spermatide. *c*) Le noyau ne prend pas part à la constitution du spermatozoïde. Waldeyer combat à ce propos les théories de Sabatier et de Sedwick Minot, d'après lesquelles toute cellule étant hermaphrodite, dans la cellule séminale primordiale, le noyau représente l'élément femelle, le protoplasma formant de toutes pièces les éléments mâles ou spermatozoïdes.

Le « noyau accessoire », le « capuchon de la tête », le « bouton de la pointe », la « pièce intermédiaire », etc. attirent tour à tour l'attention de Waldeyer.

3° Il insiste sur la détermination exacte de l'état de maturité des spermatozoïdes. A. P.

Beiträge zur Entwicklungsgeschichte der Samenkörper (Contributions à l'histoire du développement des spermatozoïdes), par WIEDERSPERG (*Archiv für mikr. Anat., Band XXV, Heft* 1).

Ce travail est moins une étude suivie du développement des spermatozoïdes, que la relation d'un certain nombre de faits dont chacun contribue à enrichir nos connaissances sur la question.

C'est ainsi que, à propos de la division cellulaire des cellules séminales, l'auteur signale une particularité intéressante : les deux amas nucléaires, qui forment les origines des deux noyaux filles, restent encore unis, alors que même le corps cellulaire est déjà divisé en deux parties déjà écartées l'une de l'autre, par un pont de filaments que l'on voit traverser l'espace vide produit par l'écartement des deux cellules nouvelles.

La « kopfkappe » est pour l'auteur une membrane qui consiste en la partie antérieure de la membrane nucléaire, à laquelle s'est ajoutée une expansion membraneuse de « l'amas protoplasmique » de v. Brunn. Le « Spitzenknopf » se forme aux dépens du noyau, sans participation du protoplasma. L'auteur signale l'existence d'un noyau qui n'a rien

à faire avec le développement de la tête du spermatozoïde ; il le considère comme le « Nebenkern ».

En outre, il trouve dans les cellules séminales un corps différencié au sein du protoplasma cellulaire sous forme d'un disque concavo-convexe, qui plus tard prendra part à la constitution de la « Kopfkappe ». Ce corps ne forme pas le spitzenknopf.

L'auteur, étudiant les changements qui marquent le passage du noyau à la tête de spermatozoïde, ne signale aucun fait nouveau.

Il a examiné d'autre part le sperme éjaculé, et y a reconnu que les cellules séminales étaient, ainsi que La Valette l'avait constaté déjà, douées de mouvements amiboïdes. A. PRENANT.

Ein Beitrag zur Nervenfärbetechnik (Technique de coloration des nerfs), par PAL (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 621, 1886).

L'auteur traite les coupes fines de substance nerveuse durcie dans le liquide de Muller par l'alcool, puis par la solution d'hématoxyline de Weigert à laquelle il ajoute 2 centimètres cubes d'une solution saturée de carbonate de lithine. Après un séjour de 24 heures dans le mélange colorant, les coupes sont placées dans l'eau, puis, pendant 25 secondes, dans une solution à 1/4 0/0 de permanganate de potasse, et enfin dans le mélange acide qui doit tout décolorer, sauf les tubes à myéline (lesquels restent bleus), et qui est composé de la façon suivante :

Eau distillée.....	200 grammes
Acide oxalique pur.....	1 —
Sulfate de potasse.....	1 —

Les parties décolorées sont teintées secondairement, après lavage dans l'eau, par le rouge de Magdala, l'éosine ou le picro-carmin.

Le même procédé est appliqué par l'auteur à la substance nerveuse traitée par l'acide osmique : permanganate de potasse, solution acide, eau, rouge de Magdala. L. GALLIARD.

PHYSIOLOGIE.

Substitution physiologique réciproque de l'activité cérébrale et des impulsions extérieures, par DANILEWSKI (*Arch. slaves de Biologie*, *t. II*, *f.* 2).

Dans le développement ontogénétique et phytogénétique du système nerveux, on voit peu à peu les excitations extérieures céder le pas aux impulsions centrales qui deviennent les mobiles habituels des manifestations vitales. Telle est la marche de la substitution physiologique. La réaction de l'être perd peu à peu son caractère automatique et subordonné ; le moi personnel entre en scène.

Dans certaines circonstances, une substitution analogue peut s'opérer en sens inverse. Les impulsions conscientes et volontaires sont alors

remplacées par les impressions correspondantes venant de l'extérieur pour provoquer le même acte.

Dans le but de fournir des preuves à l'appui de ces données, l'auteur a institué les expériences que voici : une grenouille est privée de ses hémisphères cérébraux; on obture avec du papier joseph ses narines ; au bout de 5 à 10 minutes, la grenouille rejette les bandelettes de papier, cause de dyspnée pour elle; l'anesthésie du museau ne modifie pas le phénomène; des bandelettes percées de trous correspondant aux narines ne provoquent aucun mouvement de la patte pour rejeter les bandelettes, ce qui éloigne l'idée d'une impression tactile, comme point de départ. Il s'agit donc ici d'une irritation du centre respiratoire bulbaire. Chez une grenouille normale, le rejet des bandelettes de papier a lieu au bout de 30 secondes. L'ablation des hémisphères cérébraux a ainsi produit un retard dans le mouvement de défense, dont la forme s'est d'ailleurs conservée; et ce mouvement a été conservé à l'animal par une substitution ; l'influence stimulante que les hémisphères cérébraux exercent sur les centres des lobes optiques, du bulbe et de la moelle à l'état physiologique, a été remplacée par l'accroissement de l'excitabilité propre de ces organes sous l'influence des impulsions extérieures.

Non seulement des impressions extérieures simultanées, mais encore des irritations précédentes peuvent suppléer à l'absence d'action stimulante cérébrale. Ainsi, que l'on excite, par des frottements, la peau du dos d'une grenouille privée d'hémisphères cérébraux, que l'on applique ensuite sur ses narines des obturateurs en papier, la grenouille les retirera bientôt presque aussi vite que le ferait un animal intact.

L'action dépressive du cerveau peut être suppléée de la même façon que l'action stimulante, par des excitations sensorielles venant de l'extérieur.

A. PRENANT.

Observations upon the persistent effects of division of the cervical sympathetic (Observations sur les effets persistants de la section du sympathique cervical), par Pye SMITH (*The Journal of Physiology, VIII, p.* 25).

La section et l'excitation du cordon cervical ont des effets quelque peu différents chez les divers animaux. Les effets constants sont : 1° l'hyperémie de l'oreille, de la conjonctive et des parties de la face accessibles à l'investigation ; 2° l'accroissement de la température dans les mêmes régions ; 3° la contraction de la pupille correspondante. Comme effets fréquents : 1° rétraction du globe de l'œil par paralysie du muscle de H. Muller ; 2° diminution de l'ouverture palpébrale sans ptosis véritable ; 3° diminution de la sécrétion sudorale, lacrymale et salivaire.

Les effets s'atténuent plus ou moins vite, après quelques jours ou quelques semaines. Ils ont persisté onze semaines chez le lapin (Ogle) et deux ans chez un chien (Schiff). Chez l'homme, des cas de section ont été rapportés par Weir Mitchell, W. Ogle, Payne, Hutchinson et Gairdner. Les résultats étaient assez différents. Pye Smith a suivi les effets de la section pendant longtemps chez des lapins et chez des chats. Il a vu persister l'effet pupillaire, la dilatation vasculaire et l'hyperthermie de l'oreille pendant un temps variable depuis dix semaines jusqu'à trois ans. Il n'a jamais observé de retour à l'état complètement normal

et moins encore de tendance à des réactions contraires. On avait soin d'exciser une portion du nerf et de contrôler l'état réel par l'autopsie. Dans quelques cas, on a sectionné le grand auriculaire du 3e cervical et l'auriculaire postérieur du facial. La rétraction du globe oculaire est imperceptible chez les lapins mais évidente chez les chats.

Malgré quelques renversements accidentels des résultats, ce qui ressort des expériences de Pye Smith, c'est la persistance des effets primitifs. L'auteur signale l'absence des effets vaso-moteurs attribués quelquefois à la branche auriculaire du facial. Pye Smith n'a jamais constaté les contractions rythmiques de l'artère auriculaire médiane, après la section du sympathique. Il admet que la chaleur et les excitants mécaniques portent directement leur action sur les vaisseaux sanguins et n'agissent point par mécanisme nerveux réflexe. DASTRE.

Ueber Tonusschwankungen der atrien des Herzens von Emys europea (Sur les variations de tonus des oreillettes du cœur de la tortue d'Europe), par G. FANO (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 287, 1887).

Fano enregistre, sur le cœur isolé d'Emys europea, les contractions des oreillettes et celles du ventricule, pendant la compression du sillon auriculo-ventriculaire. Il constate, sur les courbes de contraction des oreillettes, de larges ondulations, embrassant chacune un assez grand nombre de pulsations, et indiquant des variations périodiques du *tonus musculaire*. Le rythme de ces variations est différent à droite et à gauche, quoique le rythme cardiaque proprement dit soit rigoureusement isochrone dans les deux oreillettes. Lors de la mort du cœur, les pulsations des oreillettes s'arrêtent parfois, alors que les oscillations toniques persistent encore, pendant un certain temps : ordinairement, on observe l'inverse, c'est-à-dire que la disparition des oscillations toniques précède celle des pulsations.

Il est très rare que le ventricule montre également des variations du tonus musculaire ; les oreillettes ne les montrent d'ailleurs que si l'on exerce une pression continue sur ce sillon auriculo-ventriculaire. A côté des oscillations toniques de deuxième ordre (les ondulations des pulsations représentant celles de premier ordre), on en observe parfois de plus étendues, comprenant chacune plusieurs oscillations de deuxième ordre (ondulations de troisième ordre).

L'extrémité de l'oreillette, ne contenant pas de ganglions, isolée et soumise à une excitation mécanique continue (compression), montre les oscillations de premier ordre (pulsations) et celles de deuxième ordre (oscillations toniques). Les oscillations toniques passent facilement à des contractions tétaniques énergiques. Fano admet que les contractions de premier ordre (pulsations) et celles de second ordre sont dues à deux espèces d'éléments musculaires, contenus dans la paroi des oreillettes.

Si l'on chauffe graduellement un cœur de tortue, on verra persister les pulsations jusque vers + 43°, tandis que les variations de tonus s'arrêtent avant qu'on ait atteint + 40°, parfois bien avant, à + 32° par exemple.

L'excitation du pneumogastrique droit peut arrêter les pulsations cardiaques pendant fort longtemps, mais laisse les variations toniques des

oreillettes intactes. Du côté du ventricule, l'action d'arrêt du pneumogastrique s'exerce à la fois sur les pulsations et sur le tonus musculaire.

LÉON FREDERICQ.

Einige Versuche über die Empfindlichkeit der Gefässe (Quelques expériences sur l'impressionabilité des vaisseaux), par P. HÉGER (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 193, 1887).

Les changements qui se produisent chez le chien curarisé, dans la courbe de la pression artérielle, sous l'influence d'une injection intraveineuse de substance toxique, sont généralement attribués à une action directe du poison sur la surface de l'endocarde. Les expériences d'Héger montrent que le contact du sang empoisonné, avec la surface interne des vaisseaux, peut également être le point de départ de réflexes vaso-moteurs ou cardiaques, modifiant profondément la courbe de pression artérielle.

Héger injecte, par exemple, du sang empoisonné par de la nicotine, dans le bout périphérique de l'artère crurale d'un chien curarisé (après ligature de la veine crurale) et observe une chute assez rapide de la pression carotidienne, et un ralentissement plus tardif des pulsations cardiaques.

La même expérience, répétée chez le lapin non curarisé, produit une hausse passagère de la pression sanguine, sans changement dans le rythme du cœur. L'injection d'une trop petite quantité de sang empoisonné pratiquée par l'artère, ou par la veine, est sans effet : le poison doit pénétrer dans les capillaires, pour que l'action réflexe se produise.

L'injection (au moyen de la seringue de Pravaz) d'une très petite quantité (quelques gouttes, un gramme) de solution de nitrate d'argent (à 1-0,1 0/0) pratiquée dans le bout périphérique de l'artère crurale, ou d'une artère ou d'une veine mésentérique, provoque également une hausse passagère de la pression artérielle (chien curarisé). Il s'agit sans doute d'une action directe du nitrate d'argent sur la surface interne des capillaires, la quantité de liquide injecté étant trop faible pour avoir pu agir par extravasation sur des nerfs centripètes situés en dehors des vaisseaux.

L'injection de nitrate d'argent pratiquée au moyen de la seringue de Pravaz, dans un bout d'artère crurale compris entre deux ligatures, n'est suivie d'aucun effet. On peut d'ailleurs, lier, cautériser, électriser la paroi des artères sans produire la moindre action sur la pression sanguine. Ce n'est donc pas par les filets sympathiques contenus dans la paroi artérielle, que l'irritation produite sur la paroi interne des capillaires se transmet aux centres nerveux. Les voies de transmission centripète doivent être localisées dans les nerfs cérébro-spinaux, et pour une grande partie dans le sciatique. Les réflexes vasculaires se montrent encore après injection de nitrate d'argent dans les vaisseaux d'une patte de lapin, amputée au moyen de l'écraseur linéaire, et ne tenant plus au corps que par le nerf sciatique, conservé seul intact. Les expériences pratiquées après section du nerf sciatique montrent cependant que ce nerf ne constitue pas la seule voie centripète par laquelle les nerfs sensibles des vaisseaux peuvent agir sur les centres nerveux.

LÉON FREDERICQ.

Uebersicht einer Theorie der Blutgerinnung (**Aperçu d'une théorie de la coagulation du sang**), par **WOOLDRIDGE** (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 221, 1887).

Wooldridge critique et rejette la théorie de la coagulation de Schmidt et Hammarsten (transformation du fibrinogène en fibrine sous l'influence d'un ferment qui se forme aux dépens des globules blancs ou des hématoblastes).

Il considère la coagulation comme dépendant de l'action réciproque de deux substances, préexistant dans le plasma et auxquelles il donne respectivement les noms de *fibrinogène A* et de *fibrinogène B*. Ces deux fibrinogènes sont des combinaisons (ou des mélanges) très altérables d'albumine ou de lécithine.

Fibrinogène A. — Il ne représente qu'une faible fraction de la matière coagulable du sang. Il se précipite sous forme de très petits disques microscopiques lorsqu'on refroidit à 0° du plasma peptonisé (obtenu par l'action de la force centrifuge sur le sang d'un chien auquel on a fait au préalable une injection intraveineuse de peptone); il se redissout si l'on élève la température du plasma. Le précipité de fibrinogène A est également soluble dans la solution de NaCl à 4 0/0, dans les solutions alcalines diluées et dans l'eau acidulée par HCl (0,2 0/0).

La solution de sulfate de magnésium, ajoutée avec précaution, précipite également le fibrinogène A de sa solution dans le plasma peptonisé. Le fibrinogène A n'est pas altéré par le ferment de la fibrine.

On sait que le plasma peptonisé est encore susceptible de se coaguler; si on y fait passer un courant de CO^2, si on le dilue avec de l'eau ou si on le filtre à travers une cloison de biscuit (Fano), c'est au fibrinogène A qu'il doit cette propriété. La coagulation ne se montre plus dans ces conditions, si l'on a au préalable précipité le fibrinogène A par le froid ou par $MgSO^4$.

Fibrinogène B. — Le plasma débarrassé du fibrinogène A par le froid ou par $MgSO^4$, contient une grande quantité d'une substance qui se transforme facilement en fibrinogène typique de Schmidt et Hammarsten, notamment par précipitation au moyen d'un égal volume de solution saturée de NaCl (procédé de préparation du fibrinogène d'Hammarsten). Le fibrinogène d'Hammarsten, redissous dans l'eau salée, se coagule par addition de ferment de la fibrine, tandis que le plasma débarrassé du fibrinogène A ne se coagule pas par addition de sérum ou de ferment.

Le fibrinogène B peut être précipité de ses solutions par l'acide sulfurique très dilué (6 c.c. H^2SO^4 sur 1,000 H^2O), qui précipite également le fibrinogène A. Si l'on acidule légèrement le plasma peptonisé, en y ajoutant H^2SO^4, on obtient un précipité qui, redissous dans un peu de soude, fournit une solution spontanément coagulable. Le précipité obtenu pareillement, au moyen de H^2 SO^4 dans le plasma peptonisé refroidi au préalable, fournit une solution qui ne se coagule que si on y ajoute du ferment ou des leucocytes.

Action réciproque des fibrinogènes A *et* B *dans la coagulation.* — Wooldridge relate plusieurs expériences tendant à prouver que le plasma ne contenant que le fibrinogène B ainsi que des solutions de

fibrinogène B, ne se coagule pas si on y ajoute du ferment de la fibrine et fournit au contraire de la fibrine si on y ajoute du fibrinogène A ou ce qui reviendrait au même de la lécithine (faire passer un courant de CO^2 s'il s'agit de plasma peptonisé). Au moment de cette coagulation, il se forme du ferment de la fibrine. La provenance de la lécithine (cerveau, testicule, ganglions lymphatiques, sang, levure) est indifférente pour la réussite de l'expérience : cependant la lécithine du jaune d'œuf ou des œufs de poisson est inactive.

Outre les fibrinogènes A et B, toutes les matières albuminoïdes qui sont combinées à beaucoup de lécithine peuvent intervenir dans la production de la fibrine. Ces matières que l'on peut extraire des tissus les plus divers : testicule, ganglions lymphatiques, chyle, cerveau, thymus, stroma des globules rouges, etc., sont toutes insolubles dans H^2SO^4 très dilué. Injectées dans le sang, elles provoquent des coagulations intravasculaires étendues, quoiqu'elles ne contiennent pas de ferment (elles n'agissent pas sur les solutions de fibrinogène d'Hammarsten).

Wooldridge admet la réalité des expériences d'Hammarsten et de Schmidt, c'est-à-dire l'existence d'un fibrinogène que l'on peut préparer au moyen du plasma sanguin et dont les solutions se coagulent au contact du ferment de la fibrine ; mais, d'après lui, la coagulation spontanée du sang est un phénomène différent, identique à la coagulation produite par l'action réciproque des fibrinogènes A et B. Le fibrinogène d'Hammarsten ne préexisterait pas dans le sang circulant : ce serait un produit artificiel de transformation du fibrinogène B.

Wooldridge n'a pas la prétention de donner une théorie complète de la coagulation : il veut simplement montrer que la théorie à laquelle la plupart des physiologistes se sont ralliés est contredite par les faits nouveaux qu'il a découverts. LÉON FREDERICQ.

On the variations in the specific gravity of the blood in health (Variations du poids spécifique du sang à l'état de santé), par E. Lloyd JONES (*The Journal of Physiology, vol. VIII, p.* 1).

La méthode employée est celle de Roy. Elle consiste à introduire une goutte du sang à étudier dans un mélange de glycérine et d'eau de poids spécifique connu et à observer si la goutte tend à descendre ou à monter. On a préparé une série de solutions glycériques assez nombreuses : l'essai ne présente plus alors aucune difficulté. L'expérience apprend que chez différents individus l'écart maximum est de 1035 à 1068 : il suffit donc pour toutes les déterminations imaginables de préparer 33 échantillons. Pour empêcher toute altération de ces solutions, on y ajoute du thymol ou du bichlorure de mercure avant d'en déterminer le poids spécifique. L'application du procédé est assez rapide : l'auteur a pu, dans l'espace d'une heure et demie, déterminer le poids spécifique du sang chez soixante-deux personnes. Il a étudié ainsi l'influence du sexe, des âges, de la grossesse, de l'alimentation, de l'exercice musculaire, des boissons, de la congestion passive, des variations diurnes. Le poids spécifique est maximum à la naissance : il diminue et devient minimum entre la seconde semaine et la seconde année et s'élève de nouveau graduellement jusqu'à l'âge de 35 à 45 ans chez

l'homme et jusqu'à la ménopause chez la femme. Il est plus élevé chez l'homme que chez la femme. La grossesse diminue le poids spécifique du sang ; l'alimentation solide ou liquide l'abaisse également sauf le cas d'ingestion d'alcool. De même pour l'exercice modéré ; l'exercice violent qui amène une perspiration abondante l'accroît; augmentation de même pendant la congestion. Il tend à diminuer pendant le jour et à remonter pendant le repos nocturne. DASTRE.

I. — Ueber den Einfluss chemischer Verbindungen auf Blutkorperchen im Zusammenhang mit ihren Moleculargewichten (Relation entre le poids moléculaire et l'action que les substances chimiques exercent sur les globules du sang), par H.-F. HAMBURGER (*Archiv für Physiologie, p.* 477, 1886).

II. — Ueber die durch Salz-und Rohrzucker Lösungen bewirkten Veränderungen der Blutkorperchen (Sur les altérations des globules du sang produites par les solutions de sel et de sucre de canne), par LE MÊME (*Archiv für Physiologie, p.* 37, 1887).

I. — Hugo de Vries a étudié récemment l'action de plusieurs sels sur le protoplasma végétal; il détermine pour chacun d'eux le degré de concentration le plus faible capable de produire un commencement de *plasmolyse*, c'est-à-dire de séparation du protoplasma d'avec la membrane cellulaire. Les solutions qui produisent le même effet sont appelées par lui *isotoniques*. Il exprime le degré de concentration des différentes solutions non en poids, mais en molécules (poids moléculaire des sels) et obtient ainsi ce qu'il appelle le *coefficient isotonique* de la substance. Ces coefficients obéissent aux lois suivantes (la molécule de nitrate de potassium ayant par convention le coefficient 3).

1° Les substances qui appartiennent à un même groupe chimique ont en général le même coefficient ; si l'on passe d'un groupe à l'autre, on trouve que les coefficients varient dans des rapports simples comme 2 : 3 : 4 : 5.

De Vries s'est occupé des groupes suivants :

	Coefficient isotonique.
a) Substances organiques	2
b) Sels des métaux alcalins :	
à un atome métallique par molécule	3
à deux atomes métalliques —	4
à trois atomes métalliques —	5
c) Sels des métaux alcalino-terreux :	
à une molécule d'acide —	2
à deux molécules d'acide —	4

2° Le coefficient isotonique d'un sel est la somme des coefficients partiels des bases et des acides qui entrent dans sa constitution.

Coefficient partiel des acides	2
— — des métaux alcalins	1
— — des métaux alcalino-terreux	0

II. — Hamburger étudie pareillement l'action de divers sels sur les globules rouges du sang de bœuf, de porc, d'oiseau, de poisson et de grenouille. Il détermine pour chaque sel la limite de concentration à laquelle la solution commence à attaquer les globules rouges et à dissoudre l'hémoglobine. Il trouve dans la plupart des cas une relation étroite entre ce degré de concentration et le poids moléculaire du sel, dans le sens des *coefficients isotoniques* de de Vries.

Le degré de concentration pour lequel l'hémoglobine commence à se dissoudre n'indique pas nécessairement la limite de l'équilibre de tension entre les constituants du globule et ceux de la solution extérieure. Le globule peut absorber de l'eau avant de céder son hémoglobine au liquide extérieur. Ces échanges d'eau s'opèrent également d'après les lois des *coefficients isotoniques*. LÉON FREDERICQ.

Mouvements des éléments de la rétine sous l'influence de la lumière, par van GENDEREN STORT (*Arch. néerlandaises des sciences exactes et naturelles, t. XXI, 4e liv., p.* 316-385, 2 *pl.*)

Les faits acquis jusqu'alors sur les modifications objectives produites par la lumière, dans les organes percevants extérieurs, sont très rares. Aussi les recherches de van Genderen Stort présentent un réel intérêt.

Le réactif recommandé par l'auteur, pour fixer la rétine des animaux en expériences, est l'acide nitrique en solution aqueuse à 3,5 0/0. On opère d'ailleurs dans certaines conditions (obscurité ou éclairage au sodium) et les coupes sont faites à la planchette.

Le fait capital qui résulte de ces observations, c'est que chez les animaux (batraciens, poissons, pigeons) qui ont séjourné, pendant plusieurs heures, dans une obscurité absolue, les cônes n'ont pas la même situation, par rapport à la membrane limitante externe, que chez les animaux exposés au préalable un certain temps à la lumière. Par exemple, chez des grenouilles exposées à la clarté ordinaire du jour, les cônes sont entièrement compris par leurs segments internes entre les segments internes des bâtonnets, tandis que, chez le même animal qui a été auparavant plongé dans une obscurité complète, ces mêmes éléments sont situés entre les segments externes des bâtonnets. De nombreuses mensurations faites sur des rétines de batraciens et d'oiseaux démontrent ce fait. Par exemple : la distance comprise entre la limite des segments interne et externe, et la membrane limitante externe étant de 33 μ chez une grenouille ayant séjourné 24 heures dans l'obscurité, descend à 15 μ chez une grenouille qui a passé un jour à la lumière. — Il y a donc un déplacement très prononcé des cônes et ce déplacement s'accompagne d'un étirement ou d'une contraction de la partie protoplasmique (myoïde d'Engelmann) du segment interne située entre le grain de cône et l'ellipsoïde optique. C'est là un nouvel exemple d'action photomécanique sur le protoplasma.

A propos des oiseaux, van G. Stort entre dans de longs détails sur les cônes et bâtonnets. Il montre, contrairement à ce que l'on croyait, que ces animaux possèdent une fovea (pourvue exclusivement de cônes) qui leur sert dans la vision monoculaire, et toute une région très pauvre en bâtonnets, le champ rouge, distincte de la fovea et qui reçoit les impressions lumineuses dans la vision binoculaire. Les oiseaux posséde-

raient donc deux points de vision distincte, la fovea et le champ rouge.

Il décrit enfin longuement le déplacement des cônes, chez le pigeon, quelques modifications intéressantes des bâtonnets, sous l'influence de la lumière, et la répartition des différentes variétés de boules colorées dans les mêmes circonstances. A. NICOLAS.

Gegenbemerkung « eine neue Urtheilstaüschung im Gebiete des Gesichtsinnes » betreffend (Objection à propos d'une nouvelle erreur de jugement sur la sensation visuelle), par S. EXNER (*Arch. f. d. ges. Phys.*, *XL*, *p.* 323).

Si l'on regarde un champ de petite dimension d'éclairage constant, sur un fond d'éclairage à peu près égal, et que l'éclairage du fond vienne à varier légèrement, on croit voir varier le champ et non le fond. Cette condition se trouve réalisée lorsque l'on regarde la nuit par une lucarne un coin de ciel clair, si le mur où est percée cette lucarne est lui-même éclairé par un feu vacillant comme celui d'un foyer. Il semble que l'éclairage du mur ne varie point et que c'est au contraire celui du ciel. Exner se justifie, contre les objections de Hering, d'avoir considéré ce phénomène comme nouvellement signalé dans la science et comme constituant une erreur de jugement. DASTRE.

Ueber ein einfaches Verfahren, die Farbenzerstreuung des Auges direkt zu sehen (Expérience simple qui montre directement la dispersion chromatique de l'œil), par O. TUMLIRZ (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XL*, *p.* 394).

Un fil de platine, exactement roulé en cercle, de 2 centimètres de diamètres, est porté au rouge blanc au moyen d'un bec Bunsen. Il est tenu verticalement. On le regarde à travers un trou de $0^{mm},5$ percé dans un écran de papier noir, tenu à une distance de 30 à 50 centimètres du cercle de platine, de manière que ce cercle occupe les limites du champ visuel. Ce cercle paraît alors coloré extérieurement en rouge, intérieurement en violet bleu. En interposant un verre bleu de cobalt, l'anneau externe rouge et l'anneau interne bleu sont séparés par un anneau obscur. DASTRE.

Ueber den Eintritt des in das Blut injicirten Indigschwefelsauren Natrons in den Speichel (Apparition dans la salive de l'indigo-sulfate de soude injecté dans le sang), par C. ECKHARD (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 13, 1887).

La salive reste incolore, suivant Heidenhain, après injection d'indigo dans le sang : d'après Zerner, au contraire, elle est dans ce cas colorée par l'indigo. Eckhard arrive au même résultat que Zerner : la salive de la glande sous-maxillaire obtenue par excitation de la corde du tympan, après injection intra-veineuse d'indigo, est bleue, mais seulement au début de l'excitation : au bout de peu d'instants elle pâlit ou devient incolore. Après chaque pause, les premières portions sécrétées sont de nouveau colorées. Eckhard admet que la matière colorante n'est pas excrétée par les cellules glandulaires, mais provient uniquement des conduits excréteurs dans lesquels elle pénètre du tissu conjonctif environnant, par simple diffusion. Les résultats de l'observation microscopique confirment cette manière de voir. LÉON FREDERICQ.

Eine bisher unerkannte Wirkung des Herzschlages (Action des battements du cœur sur les échanges gazeux du poumon), par E. FLEISCHL (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, n°* 26).

Si l'on imprime un choc brusque à un liquide tenant des gaz en dissolution, ceux-ci se séparent sous forme de bulbes. E. Fleischl admet que le choc que le sang reçoit du cœur droit, au moment où il est lancé dans le poumon, facilite pareillement le départ du gaz CO^2 à la surface pulmonaire. Cette action adjuvante joue dans l'exhalation de CO^2 un rôle aussi important que celui que remplit l'hémoglobine dans l'absorption de l'oxygène. La diffusion seule ne suffirait pas à assurer les échanges gazeux du poumon, si elle n'était soutenue par l'intervention de l'hémoglobine dans l'absorption de l'oxygène, par celle des chocs cardiaques dans l'exhalation de CO^2. LÉON FREDERICQ.

Zur Histologie und Physiologie der Schleimsecretion (Sur l'histologie et la physiologie de la sécrétion du mucus), par BIEDERMANN (*Sitz. d. k. Ak. d. Wiss. Wien., Band XCIV, octobre* 1886).

L'auteur expose, longuement, les raisons qui lui font préférer l'examen des tissus à l'état frais et surtout vivant à une observation faite avec le concours de réactifs; le motif principal est qu'aucun agent de durcissement ne fait voir les cellules muqueuses en un état même approchant de ce qui est la réalité. Il étudie diverses cellules à mucus, notamment celles des glandes de la peau du cou de la grenouille, celles de l'épithélium lingual et du revêtement intestinal chez le même animal. Dans la partie des cellules à mucus tournée vers la cavité où le produit de sécrétion sera versé, il trouve de gros grains brillants de « mucigène »; cette partie centrale de la cellule se distingue absolument de la portion périphérique et claire qui contient le noyau. La portion centrale de la cellule peut, en s'étranglant, constituer directement le produit de sécrétion.

D'autre part, Biedermann fait connaître qu'il a observé la formation de vacuoles dans le protoplasma des cellules à mucus, sans pouvoir trouver le moyen de rattacher ce phénomène à la sécrétion du mucus. Les vacuoles se produisent surtout facilement par l'irritation des nerfs glandulaires et par l'empoisonnement de l'animal avec la pilocarpine. Dans ce dernier cas, d'autres éléments que les cellules muqueuses se creusent, il est vrai, de vacuoles; mais les éléments mucipares subissent cette transformation d'une façon très accentuée. L'aspect aréolaire que prennent alors les cellules n'est que l'exagération de celui que montrent des éléments à mucus en activité physiologique. Les transformations, qui donnent à la cellule muqueuse cette configuration caractéristique, se font à l'état normal d'une façon beaucoup plus lente. A. PRENANT.

Des vacuoles des cellules caliciformes, des mouvements de ces vacuoles et des phénomènes intimes de la sécrétion du mucus, par L. RANVIER (*Comp. rend. acad. des sciences,* 21 *mars* 1887).

Les cellules caliciformes ou glandes muqueuses unicellulaires de la membrane qui recouvre le sac lymphatique rétro-lingual de la grenouille peuvent être étudiées à l'état vivant, à l'aide d'un ingénieux dispositif,

dans la chambre humide. On peut alors observer les vacuoles qui, dans ces cellules, se déplacent, s'ouvrent les unes dans les autres, augmentent ou diminuent de volume, et dont le mouvement est activé par l'excitation électrique. Dans ces conditions, on constate que la vie se ralentit, dans la chambre humide, puis s'y éteint par asphyxie environ au bout de 24 ou 36 heures; alors les mouvements des vacuoles sont absolument arrêtés, ce qui prouve que le mouvement vacuolaire est bien un mouvement vital. D'autre part, on reconnaît que les vacuoles sont situées dans la masse de protoplasma qui occupe le fond des cellules ou dans les travées protoplasmatiques qui en émanent. Or, comme à l'état vivant, on voit quelques-unes de ces vacuoles disparaître plus ou moins rapidement, il est probable que, se rompant dans l'intérieur même de la cellule, elles déversent, le long de ses travées protoplasmiques, le liquide qu'elles renferment, et que ce liquide, baignant les masses de mucigène, en entraîne une partie. Se chargeant ainsi de mucine, il arrive à l'ouverture de la cellule, c'est-à-dire à la surface, transformé en mucus.

M. DUVAL.

Sur les mouvements de l'estomac, par G. COLIN (d'Alfort) (*Bulletin de l'Acad. de méd., t. XVII, p.* 481).

L'estomac chez les différents animaux a des mouvements différents. On ne peut conclure du chien à l'homme, du bœuf au cheval. La digestion est suspendue chez l'animal souffrant, par exemple chez le bœuf dont la cavité abdominale est ouverte. Les mouvements observés dans ce cas, et ceux que l'on provoque chez l'animal mort n'ont point de rapport avec la locomotion rythmique naturelle de l'estomac. Pour observer cette locomotion chez le bœuf, Colin a pratiqué une large fistule du rumen et éclairé l'intérieur par la lumière électrique. Il a constaté ainsi quatre espèces de mouvements coordonnés : les uns, partiels, brassent les aliments, et les mêlent aux liquides, les autres, généraux, dirigent les parties liquides vers l'intestin, et enfin les plus remarquables, les plus rythmiques ont pour but le renvoi à la bouche. Le réticulum se comporte autrement que le rumen : il a des contractions brusques, véritables systoles; on les constate en engageant la main dans sa cavité; elles sont toujours totales : il y en a trois espèces. La caillette, *Omasus*, se comporte différemment dans ses deux parties : sa locomotion est spéciale.

Chez le cheval, le cardia est très fortement contracté et le pylore toujours béant : le déversement alimentaire dans l'intestin est continu : la ration du cheval est bientôt divisée en trois parties : deux qui n'ont fait que traverser l'estomac pour aller dans l'intestin, la troisième séjourne dans l'estomac et subit la digestion gastrique. L'animal boit à la fin de son repas : le liquide se creuse une rigole dans la masse alimentaire et arrive au bout d'un quart d'heure dans le cæcum. En introduisant de la viande en petits morceaux dans le pharynx, on la retrouve très vite, non altérée dans le côlon.

Le chien, au contraire, garde les aliments dans l'estomac et les envoie par petites portions dans l'intestin, à l'état de pulpe, par suite du relâchement intermittent de l'orifice pylorique. La contractilité du cardia et du pylore interviennent seules : la contractilité du reste de l'estomac

n'intervient normalement que pour limiter l'extension. Chez l'homme, on ne connaît point les mouvements de l'estomac : la contraction péristaltique de Haller, le mouvement spiroïde de W. Beaumont sont ou accessoires ou artificiels. A. DASTRE.

Verdauung des Fleisches im normalen Magen (Digestion de la viande dans l'estomac sain), par A. CAHN (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XII, p.* 34-45).

1° Chez le chien, si les conditions de l'expérience restent bien constantes, les quantités d'acide chlorhydrique produites aux divers moments de la digestion de la viande varient très peu sur le même animal d'un jour à l'autre. En donnant par exemple 50 grammes de poudre de viande et 300 grammes d'eau à 12-15°, on trouve toujours au bout d'une heure 1 à 1,3 0/00 d'acide chlorhydrique. Il suffit au contraire que le mélange soit à 45° pour que la proportion s'élève à 1,8 0/00.

A mesure que la digestion s'avance, la quantité relative d'acide augmente, mais la quantité absolue reste la même. C'est donc au début de la digestion que se produit la sécrétion maximum, c'est par suite au commencement du repas que devra être donné l'acide chlorhydrique administré dans un but thérapeutique.

La quantité maximum qu'on ait constatée n'a jamais dépassé $0^{gr},32$, après ingestion d'une très grande quantité de viande. Peut-elle être plus considérable chez l'homme? L'expérience a démontré à Cahn qu'à nourriture identique la proportion d'acide était la même chez lui que chez le chien. Le chiffre absolu doit être également le même, et l'on ne doit pas forcer les doses thérapeutiques d'acide jusqu'à $0^{gr},50$, $0^{gr},60$, ainsi que l'a pourtant proposé Ewald.

2° Les produits de la digestion (peptones, syntonine) se retrouvent déjà au bout d'une demi-heure dans les liquides ramenés par la pompe stomacale. C'est même alors que leur quantité absolue est la plus considérable. En effet, au fur et à mesure que la peptonisation s'accomplit, l'estomac se vide. Ce passage des substances digérées dans l'intestin est déjà très actif dès la seconde demi-heure après l'ingestion.

L'albumine n'arrive guère dans l'intestin que sous forme de peptones. La quantité de peptones est d'autant plus forte que l'acidité est plus grande. C'est au contraire l'inverse pour la quantité de syntonine. Celle-ci, quand l'acidité est très forte, n'a plus le temps de se former par suite de la rapidité de la peptonisation. Pourtant on trouve toujours de la syntonine en très faibles proportions parfois jusqu'à la fin de la digestion. M. DEBOVE.

Beiträge zur Eiweissverdauung (De la digestion des matières albuminoïdes), par BOAS (*Zeitschrift für klinische Medicin, Band XII, p.* 231-261).

1° *Digestions avec le suc gastrique artificiel.* — Ces digestions ont porté sur la fibrine, l'albumine de l'œuf, la viande hachée. Dès le début on constate la production du premier produit de transformation, la syntonine. On retrouve la syntonine tant que la dissolution n'est pas complète, c'est-à-dire pendant 24 heures environ.

Les peptones se forment toujours dans la digestion de la fibrine. Avec l'albumine de l'œuf, ils se forment également mais en quantités

moindres. Avec la viande hachée, on ne les rencontre à aucune des périodes de la digestion. Ces propeptones ne constituent nullement un produit intermédiaire nécessaire à la formation des peptones. Ils ne sont qu'un produit secondaire qui paraît dû (comme d'ailleurs la syntonine) à l'action de l'acide. Une fois formés, ils se transforment lentement en peptones.

Les peptones trouvés à la fin de la digestion proviennent donc de deux sources, peptones formés directement (c'est la source la plus importante, et même avec la viande hachée, la seule) et peptones formés par transformation des propeptones.

2° *Digestions naturelles.* — La digestion naturelle entraîne les mêmes transformations des matières albuminoïdes que la digestion artificielle.

Ce qui varie surtout, c'est le moment d'apparition et de disparition de ces matières. L'albumine de l'œuf par exemple, qui met avec le suc gastrique artificiel 50 minutes à s'hydrater, s'hydrate avec le suc naturel en 15 à 20 minutes. La transformation finale de toutes les substances intermédiaires en peptones est beaucoup plus rapide ; aussi ceux-ci se trouvent-ils bien vite exister seuls.

Avec le pain blanc, les propeptones se forment en abondance ; cette formation est plus modérée avec le blanc d'œuf, mais on observe de grandes variations à cet égard suivant les sujets et même sur un sujet d'une expérience à l'autre. Elle est nulle avec la viande. Leur transformation en peptones suit les règles énoncées plus haut.

Pour le pain blanc, il est à remarquer que la quantité d'eau donnée en même temps ne modifie pas les produits de la digestion.

Quand la ration normale est doublée, il faut enfin signaler que l'estomac, au lieu de fournir le double, ne donne que la moitié de son travail ordinaire. M. DEBOVE.

Recherches sur l'influence de la graisse sur la nutrition, par DEBOVE et FLAMANT (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *juin* 1886).

L'expérience a été dirigée comme suit sur 2 individus. 1re période : le sujet est soumis à un régime gras, ration d'entretien qui est continuée jusqu'à ce que le poids du sujet et le chiffre d'urée excrétée ne varient plus; 2e période : on ajoute un poids déterminé de graisse ; 3e période : on supprime la graisse et on revient au poids d'entretien. Le 1er sujet prenait 200 grammes de viande crue, 600 grammes de pain, 1 litre de tisane; la quantité de graisse ingérée du 7 septembre au 12 octobre fut de 3 kilog. 575; l'augmentation de poids de 3 kilog. ; par conséquent, la presque totalité de la graisse ingérée fut fixée dans les tissus; l'augmentation de poids se maintint dans la 3e période. Une 2e expérience donna des résultats analogues. En 20 jours, le sujet absorba 2 kilog. 160 de graisse et augmenta de 2 kilog. En outre, dans les 2 cas, la quantité d'urée diminua sensiblement pendant la 2e période. H. L.

Ein Beitrag zur Verdauungslehre (Contribution à l'étude de la digestion), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Fortschritte der Medicin*, *n°* 21, 1886).

Deux chevaux, à jeun depuis 36 heures, sont nourris, l'un avec de l'avoine brute, non préparée, l'autre avec cette même substance, dé-

pouillée, par l'exposition à une température élevée, du ferment qu'elle contient à l'état normal. Deux heures après, les animaux sont sacrifiés et le contenu de l'estomac analysé au point de vue de la quantité de sucre qu'il contient; chez le premier, on trouve une richesse en sucre de 1,5 0/0 du contenu stomacal; chez le second, cette quantité est réduite à 0,5 0/0.

Les auteurs en concluent que la formation du sucre dans l'estomac se fait par l'intermédiaire des ferments contenus dans les graines ingérées; la salive prend évidemment une part à cette transformation des matières féculentes, mais une part moins active. W. ŒTTINGER.

Azione della bile sulla digestione gastrica (Action de la bile sur la digestion gastrique), par R. ODDI (*Laboratorio di Fisiologia. Perugia*, 1887).

Rurkart (1869), Hammarsten (1869) ont insisté sur ce fait déjà connu que la bile arrête la digestion gastrique artificielle, et ces auteurs ont essayé de déterminer les éléments de la bile qui interviennent dans cette action et la nature de leur action avec plus de précision que n'avaient fait les auteurs classiques, A. Bernard, Corvisart, etc. Une foule d'auteurs se sont préoccupés de ce problème. Maly, Landois, Bearnées, Poster, Fredericq, Brücke, l'ont traité. Mais ces conclusions ne sauraient s'appliquer à la digestion naturelle. L'auteur a d'abord répété des expériences déjà faites et qui prouvent bien l'innocuité de la bile dans l'estomac. M. Dastre en 1881 a exposé devant la Société de Biologie des expériences qui consistaient à donner à un chien, à différents moments de la digestion, de la bile en quantité considérable, tantôt de la bile de chiens sacrifiés récemment, plus souvent de la bile de bœuf. L'animal n'éprouvait aucun trouble apparent. Ces expériences ont été reprises depuis, sur des chiens à fistule gastrique. L'animal ne vomit point, son appétit et son poids augmentent. R. Oddi reproduit des expériences avec le même résultat. Ces épreuves laissent subsister la possibilité que la digestion gastrique soit arrêtée et que cet arrêt soit compensé par le surcroît d'activité des autres digestions. Il faut donc étudier la digestion gastrique naturelle. Sur le conseil de son maître A. Marcacci, l'auteur a pratiqué la fistule cholécysto-gastrique : Après plusieurs tentatives, il a réussi à faire déserter la bile dans l'estomac exclusivement; l'opération réussit bien; on constate seulement une énorme dilatation du canal cholédoque. L'auteur conclut, en résumé, que la présence de la bile dans l'estomac, dans la première période de la digestion n'enlève pas au suc gastrique sa puissance digestive. Elle n'y précipite point les peptones. Il est inexact que la bile, comme le croient beaucoup de médecins et de physiologistes provienne de vomissements ou de troubles gastriques. La fistule cholécysto-gastrique peut constituer une opération chirurgicale présentant des avantages sur la fistule cholécysto-intestinale. DASTRE.

Beitrag zur Kenntniss der Umwandlung der Kohlenhydrate im Magen und Darmkanal (Transformation des hydrates de carbone dans l'estomac et dans l'intestin), par J. SEEGEN (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XL*, *p.* 58).

Ces principaux hydrates sont la saccharose et l'amidon. Pour la saccharose dans l'estomac, Maly admet qu'elle n'est pas transformée;

Hoppe-Seyler croit qu'elle l'est très peu ou point ; elle le serait d'après Leube. — Quant à l'amidon, il serait changé en érythrodextrine d'après Brücke ; le suc pancréatique fait passer l'amidon à l'état d'achroodextrine et de sucre d'après Hoppe-Seyler. — Quant au suc intestinal, il est inactif selon les uns ; selon d'autres, Schiff, Paschutin, Gumilewski, il saccharifie l'amidon. Enfin Seegen attribue à Paschutin la découverte du ferment inversif du suc intestinal qui appartient en réalité à Claude Bernard.

On sait aujourd'hui, contrairement à ce que l'on enseignait il y a quelques années, que les hydrates de carbone ne sont pas entièrement transformés en glucose par les ferments digestifs. La transformation par la salive ne dépasse point 34 à 41 0/0 et par le suc pancréatique 35 à 48 0/0. Seegen avait affirmé le fait en 1876. Otto Nasse en a montré la réalité pour l'amidon et il a nommé ptyalose le sucre ainsi formé que Musculus et Hering ont identifié avec la maltose, différent de la glucose par son pouvoir réducteur et son pouvoir rotatoire. D'autre part, le sucre du foie et celui du sang seraient exclusivement de la glucose (Seegen et Otto Nasse). Ces faits montrent la nécessité de reprendre l'étude des transformations des hydrates de carbone dans le tube digestif. *Seegen* nourrit des animaux avec du sucre de cannes. Il constate que l'estomac peut intervertir ce sucre d'une manière appréciable (3/1000). — Le sucre contenu dans l'intestin est du sucre interverti, par l'action de l'estomac. Vingt-quatre heures après la mort, on ne trouve point de sucre dans l'estomac ; l'intestin n'en présente que des traces. Le sucre s'est changé en acide lactique qui donne au contenu de ces organes une réaction acide.

Seegen a recherché s'il y avait de la saccharose dans la veine porte, il n'en a point trouvé. Et cependant on trouve du sucre interverti dans les urines. C'est la méthode d'analyse qui est insuffisante. D'ailleurs, Drosdorf a trouvé du sucre de cannes dans le sang de la veine porte.

L'alimentation amylacée a fourni les résultats suivants : — L'estomac contient de l'érythrodextrine, et seulement des traces de sucre. — L'intestin grêle contient de la dextrine, à l'état d'achroodextrine et du sucre qui est de la glucose. C'est là le résultat le plus important de ces recherches. D'après Brown et Héron, le suc pancréatique fournit de la maltose et de la glucose (16 à 32 0/0) : l'intestin grêle transformerait toute la maltose en glucose. On voit que Seegen n'a pu trouver la maltose. Il est remarquable que l'on ne trouve plus les produits intermédiaires, dextrine et sucres, comme si l'absorption les faisait disparaître. DASTRE.

Ueber die Ausnützung des Weizenklebers im Darmkanale und über die Verwendung desselben zur Ernährung des Menschen (Utilisation du gluten dans le tube digestif et emploi de cette substance pour l'alimentation de l'homme), par A. CONSTANTINIDI (*Zeitschr. f. Biologie, XXIII, p.* 433).

L'auteur a employé un gluten qui contenait 0/0 : 13,77 d'azote ; 0,27 de graisse ; 7,01 d'amidon ; 0,45 de cellulose ; 0,78 de matières minérales, le reste en eau. — Il l'essaye sur le chien en le mélangeant à du lard. L'animal pesait 24 kilogrammes : on lui donnait quotidiennement 89 gr. 04 de gluten sec et 100 grammes de lard. Les urines et les excréments sont analysés. On constate ainsi que pour 37gr,44 d'azote contenu dans la

ration, l'animal en a excrété 35gr,206 par l'urine et 1gr,302 par les fèces, et qu'il en a ainsi retenu 93 centigrammes. Le gluten est donc utilisé dans le tube digestif du chien.

Dans une seconde série de recherches poursuivies pendant 5 jours, la ration quotidienne est de 200 grammes de gluten et de 50 de lard avec 2gr,5. de sel. Mêmes conclusions. Le gluten a été utilisé, sauf 3,26 0/0 : La graisse sauf 2, 8 0/0. Les fèces sont très peu abondantes, comme pendant l'inanition ou la période fœtale.

Après ces épreuves préalables sur le chien, l'auteur a examiné le cas de l'homme. Le régime était composé avec des pommes de terre, de la graisse et du gluten. Les quantités non utilisées par l'organisme ont atteint seulement 6,4 0/0 de l'albumine du gluten ; et 2,5, 0/0 de la graisse. — On voit que les albuminoïdes végétaux se comportent ici comme ceux de la viande. DASTRE.

Ueber die tägliche Variation der Kohlensäureausscheidung bei verschiedener Ernährungsweise (Sur la variation diurne de l'exhalation de CO^2 en rapport avec la nature de l'alimentation), par Max RÜBNER (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 259, 1887).

Rubner détermine chez les chiens, au moyen du petit appareil de Pettenkofer, la quantité de CO^2 exhalée par la respiration (séries continues d'expériences de trois heures chacune).

Il constate que, pendant les périodes d'abstinence, l'exhalation de CO^2 reste stationnaire : en outre, chez l'animal au repos, l'exhalation est la même à l'état de veille qu'à l'état de sommeil.

L'ingestion de graisse (80 grammes) ne modifie guère la production de CO^2 ; tout au plus y a-t-il une légère augmentation entre la troisième et la sixième heure après le repas.

L'ingestion de viande (460 grammes) augmente notablement l'exhalation de CO^2 ; le maximum se constate pendant les six premières heures qui suivent le repas. L'augmentation décroît ensuite graduellement.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Resorption in Dünndarm (Résorption dans l'intestin grêle), par GUMILEWSKI (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, *XXXIX*, *p.* 556).

Leubuscher (1885) a entrepris des recherches sur la résorption dans une anse d'intestin séquestrée par deux ligatures. Gumilewski, sur le conseil de Heidenhain, reprend ces recherches en employant une meilleure méthode, c'est-à-dire en isolant une anse intestinale selon le procédé de Thiry-Vella, les deux bouts de l'anse séquestrée étant mis en rapport avec l'extérieur. — Lorsque l'on veut procéder à une recherche, on bouche l'une des ouvertures avec un ballon de caoutchouc gonflé, et l'autre bout est muni d'un ballon de même espèce traversé par une sonde. C'est par cette sonde que la substance dont on veut étudier la résorption est introduite dans l'anse intestinale. Pour cela, on la met en rapport avec un appareil injecteur, essentiellement constitué par un cylindre de verre gradué dont le liquide est chassé par le propulseur Richardson. Ce cylindre est d'ailleurs maintenu au bain-marie à une température convenable. Un manomètre permet d'évaluer la pression du liquide et de la maintenir constante. Les premiers résultats des expériences ont été extrê-

mement variables. Tantôt l'eau, tantôt la solution saline à 1/400 étaient résorbées plus facilement. Cela tenait à l'influence variable de la sécrétion intestinale qui créait un contre-courant. Il fallait apprécier la quantité de cette sécrétion intestinale. Le dispositif de l'expérience permet de recueillir facilement le suc intestinal et d'apprécier les variations de quantité et de composition qu'il présente dans un temps donné. L'activité sécrétoire augmente notablement dans les premières heures qui suivent l'alimentation : puis elle diminue pour reprendre 8 ou 9 heures plus tard; après quoi elle diminue encore jusqu'à cesser complètement. — La quantité de 24 heures n'a rien de constant, contrairement aux assertions de Fubini et Luzzati. Ce suc est très alcalin; il transforme facilement l'amidon en sucre, contrairement à l'opinion de beaucoup de physiologistes; il contient de l'albumine, du chlorure de sodium et du carbonate de soude; tandis que la proportion d'albumine varie du commencement à la fin, la proportion des deux autres corps reste sensiblement invariable, et cette observation fournit le moyen d'apprécier la quantité de la sécrétion. Il y a, en effet, chez l'un des animaux expérimentés, 0,49 0/0 de carbonate de soude et 0,50 de chlorure de sodium; mais le premier de ces corps seul paraît être un produit de sécrétion des glandes de Lieberkuhn; le second paraît dû à la diffusion. — Voici les résultats principaux : l'absorption augmente avec la durée de l'expérience et avec la grandeur de la pression. Simultanément il se produit une sécrétion des glandes de Lieberkuhn. L'absorption de l'eau salée augmente avec la quantité de sel jusqu'à la teneur de 0,25 0/0; c'est l'inverse qui aurait lieu s'il s'agissait d'une simple opération endosmotique. La sécrétion est accrue dans les mêmes circonstances, mais non dans les mêmes proportions. Si la concentration augmente encore, l'absorption diminue : cette diminution est très sensible pour des solutions de 0,6 à 1 0/0, tandis que la sécrétion augmente dans le même temps.

L'auteur a opéré ensuite avec le sulfate de soude. La concentration variant de 0,125 à 0,25 0/0, l'absorption se fait comme celle de l'eau pure moins vite que pour le Na Cl. DASTRE.

Sulle modificazioni della secrezione biliaire nei processi febbrili, par G. PISENTI (*Turin*, 1885).

La fièvre altère les différentes sécrétions. On a peu étudié la sécrétion biliaire. Puccianti (1871) a affirmé qu'elle était plus colorée et plus riche en sels biliaires; elle est plus dense et plus colorée par défaut de dissolvant aqueux, d'après Borelli (1873); c'est aussi l'opinion de Libermeister (1881). L'auteur, après avoir examiné les différentes opinions émises par les médecins et les expérimentateurs sur ce sujet, procède à des expériences. Il pratique la fistule biliaire et produit un état fébrile par injection de substances septiques. Il étudie d'abord la sécrétion biliaire chez l'animal non fébricitant, en recueillant la bile pendant une durée de 6 heures, l'animal étant placé dans les mêmes conditions alimentaires et autres. De nombreuses déterminations ont montré que l'écoulement croissait dans la première heure qui suit le repas, et atteignait son maximum entre la troisième et la cinquième heure. — Il y a un rapport intime entre la sécrétion biliaire et la digestion, ainsi, d'ailleurs, que l'ont établi les recherches de Kölliker, Müller, Collin, Dalton, Kühne,

Hoppe-Seyler. La quantité de matériaux solides éliminés croît dans les heures qui suivent l'ingestion alimentaire : elle varie de 2 à 4 grammes pour 100 de bile. — Chez l'animal fébricitant (à la suite d'une injection veineuse de matières putréfiées), la quantité de bile sécrétée a subi une diminution notable. La sécrétion biliaire paraît être très sensible aux variations thermiques. Il faut signaler aussi une augmentation de la quantité de mucus qui se produit très fréquemment. — Dans une seconde série d'expériences, l'hyperthermie était réalisée en soumettant l'animal à une température ambiante très élevée. Les résultats sont les suivants : diminution de 1/3 à 1/2 de la bile pendant l'état fébrile; les matériaux solides varient plus ou moins; dans la fièvre septique, la diminution des matériaux solides est en rapport avec la diminution de vitesse du cours du sang porte : dans la fièvre par échauffement, cette quantité s'élève en rapport avec l'hyperactivité circulatoire. — Les substances colorantes subissent des altérations dans leur constitution chimique, qui se traduisent par un changement de teinte. La condition normale se rétablit plus lentement après la cessation de la fièvre septique qu'après la cessation de la fièvre ordinaire. DASTRE.

On variations in the amount and distribution of fat in the liver-cells of the frog (Variations dans la quotité et la distribution de la graisse dans les cellules du foie de la grenouille), par J. N. LANGLEY (*Proceedings of the Royal Society*, *n°* 240, 1886).

Les globules graisseux subissent des changements suivant l'époque où l'on examine le foie. C'est en février et mars que la quantité est au maximum; elle diminue en avril et se maintient faible de mai à décembre. Le minimum a lieu en septembre et octobre. En général, ces globules forment une zone à l'intérieur de la cellule; quelquefois ils sont épars. Leur nombre décroît à mesure que la température s'élève. L'alimentation le fait diminuer d'abord; après quelques heures il reprend son taux normal ou un taux supérieur; les dimensions des globules subissent les mêmes vicissitudes que leur nombre; l'injection de peptones et de dextrine dans le sac lymphatique dorsal produit les mêmes changements que l'alimentation; l'accroissement de graisse est habituellement plus considérable sous l'influence de la dextrine qu'avec les peptones. L'estomac de l'animal est, après 1 ou 2 heures, distendu par un liquide neutre ou légèrement acide, d'après Sewal. Langley l'a trouvé habituellement alcalin, et les parois elles-mêmes présentaient cette réaction. Il y avait une faible quantité de pepsine. L'injection des deux substances provoque, en peu d'heures, une accumulation de glycogène dans le foie.

DASTRE.

Zur Kritik über den gegenwärtigen Stand der Frage von den Blasenfunctionen (Revue critique de l'état actuel des connaissances sur les fonctions de la vessie), par BORN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXV*, *p.* 118-192, 1886).

Ce travail est un des plus importants qui aient été publiés sur l'ensemble de la physiologie vésicale; il contient l'analyse de tout ce qui a paru de sérieux sur ce sujet, au moins en Allemagne, car les documents français récents ont été peu utilisés.

Outre la partie historique et critique, cette revue contient encore des vues et des recherches originales de l'auteur dont les expériences ont surtout porté sur la miction et le mécanisme de l'occlusion et de la contraction de la vessie.

L'occlusion de la vessie, d'après lui, est due sur le cadavre à l'élasticité du sphincter interne de la vessie, aidée par les plis de la muqueuse qui jouent le rôle des nodules d'Arantius. Sur le vivant, cette élasticité suffit le plus souvent, elle peut être renforcée par la contraction tonique du sphincter externe de la vessie, le sphincter vésical de Sappey, et, quand une grande force est nécessaire, par les muscles de l'urètre et du périnée.

Le besoin d'uriner est dû à la distension de la vessie ; il est indépendant de la quantité absolue d'urine et dépend de la pression intravésicale qui résulte elle-même de l'excitabilité variable du muscle vésical. Une injection froide par exemple le détermine plus vite qu'une chaude.

Born bat en brèche, avec Budge, Mosso, Pellacani et Béclard qu'il ne cite pas, la théorie qui refuse à la volonté une influence directe sur le muscle vésical dont elle ne déterminerait la contraction que par l'intermédiaire des parois abdominales. Après avoir montré que la contraction de ces parois n'accompagne pas nécessairement celle de la vessie qui peut elle-même lui succéder (effort), il donne une preuve expérimentale de l'action de la volonté sur le muscle vésical : certains sujets et lui-même peuvent arrêter la contraction de la vessie au milieu d'une miction qui se fait à travers une sonde, sans que les sphincters urétraux puissent par conséquent intervenir. La sonde aboutit à un manomètre qui traduit la diminution de pression coïncidant avec le retour au repos du réservoir urinaire. La volonté qui relâche ce muscle doit donc aussi pouvoir le faire contracter.

Cette contractilité volontaire de la vessie paraît proportionnelle au degré de la culture intellectuelle, et chez les sujets à esprit très peu cultivé elle manque totalement ; aussi sont-ils incapables d'uriner sans en ressentir le besoin ; la miction est chez eux un phénomène purement réflexe qu'ils ont seulement le pouvoir de retarder par la contraction du sphincter membraneux.

Cette contractilité volontaire peut aussi être momentanément abolie, tel est le cas chez les sujets qu'une circonstance extérieure rend incapables d'uriner, quand ils se sentent regardés par exemple, comme cela se voit surtout chez les individus nerveux. Cette impossibilité ne tient pas à une contracture du sphincter volontaire, comme on l'admet généralement, mais à un défaut de contraction vésicale, comme permet de s'en assurer l'introduction d'une sonde manométrique qui ne traduit que l'augmentation de pression due à la contraction des muscles abdominaux, beaucoup plus faible que celle que détermine la contraction vésicale.

MAURICE HACHE.

De la sensibilité de la vessie à l'état normal et pathologique, par F. GUYON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 14 *mars* 1887).

Dans la vessie normale, la sensation au contact est nulle pour les liquides non irritants, obtuse pour les solides. Le besoin d'uriner ne dépend pas de la mise en action d'une sensibilité, en quelque sorte

élective, ayant un centre spécial dans un point déterminé de la muqueuse du col ou du corps; cette sensation a son siège dans la totalité de l'organe, et ne se produit que sous l'influence de la tension des parois de la vessie. En étudiant la résistance du piston d'une seringue, en lisant sur un manomètre le degré de pression du liquide injecté, on constate l'établissement et l'augmentation progressive de la tension avant que le sujet témoigne le besoin d'uriner; la contraction suit immédiatement la mise en tension, et le besoin d'uriner succède à la contraction; il résulte donc d'un certain degré de contraction. C'est à tort qu'on a fait jouer un rôle, dans le besoin d'uriner, à la sensibilité de l'urètre et à la pénétration de l'urine dans la région prostatique.

A l'état pathologique, la sensibilité de la vessie résulte d'une part de l'exaltation de sa sensibilité normale à la tension, et d'autre part, comme nouvel élément, de l'acuité plus ou moins vive de la sensibilité au contact. A ce dernier égard la réaction sensible est partout la même, sur tous les points de la surface interne de la vessie, et même, s'il y a une différence, elle est en faveur du corps de la vessie. Aussi l'auteur a-t-il pu prouver que, dans les états douloureux de la vessie, ce qu'on croyait être une contracture du col est en réalité une contracture du corps. M. DUVAL.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber Produkte der Magenverdauung (Sur le premier produit de la digestion), par Karl HASEBROCK (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 348).

La digestion artificielle de la fibrine avec du suc gastrique acidulé par l'acide chlorhydrique amène la formation de globuline que caractérisent son insolubilité dans l'eau, sa solubilité dans les solutions étendues de sel marin, etc. Le liquide digéré de l'analbumine filtré et neutralisé donne, par addition de beaucoup d'eau distillée, un précipité soluble dans le chlorhydrate d'ammoniaque. On ne peut admettre que cette grande quantité de globuline vienne de la fibrine, il faut la regarder comme un produit de la digestion.

De quelques expériences faites en faisant digérer de la fibrine fraîche, l'auteur conclut : qu'on doit regarder le premier stade de la digestion comme résultat du dédoublement de la fibrine en deux corps dont l'un s'accorde complètement avec la composition de la fibrine et dont l'autre se distingue par la perte de son ferment coagulable, c'est-à-dire que la fibrine semble se décomposer en ses deux facteurs, en fibrinogène et en sérumglobuline. La fibrine coagulée se comporte différemment. E. H.

Ueber pathologischen Peptongehalt der Organe (De la proportion pathologique des peptones contenues dans les organes), par M. MIURA (*Arch. f. path. An. u. Phys. CI, Heft* 2, *p.* 316).

Par suite de l'empoisonnement par le phosphore, le foie contient le

même produit de destruction de l'albumine (peptone) que dans l'atrophie jaune aiguë, et ces peptones peuvent en outre se retrouver dans divers organes. Après s'être assuré de ce fait chez les lapins, Miura recherche les peptones dans le cœur, le foie et la rate de femmes mortes d'infection puerpérale. C'est presque toujours dans le foie que la proportion de peptones est la plus élevée, le cœur et la rate moins chargés de peptones en contiennent une proportion sensiblement égale, les reins paraissent en contenir beaucoup moins. L'auteur en conclut que, sous diverses influences, les albumines peuvent en se détruisant au sein des organes donner naissance à des peptones, en dehors, par conséquent, de l'influence des sucs digestifs et de leurs ferments. P. GALLOIS.

D'un état gélatineux des substances albuminoïdes, par MICHAILOFF et KHLOPINE (Communication préalable) (*Arch. slaves de Biologie, t. II fasc.* 2).

Indépendamment des états de dissolution et de précipité amorphe sous lesquels on connaît les albumines, celles-ci peuvent encore se présenter, tout comme les substances collagènes, à l'état gélatineux. Les peptones font cependant exception. L'état gélatineux peut être acquis aux substances albuminoïdes, soit naturellement, soit artificiellement, sous diverses influences (l'acidité, l'alcalinité, la chaleur). Par exemple, le développement d'acide carbonique pendant le couvage des œufs, affaiblissant la réaction alcaline de l'albumine, entraîne la condensation de cette albumine. De même dans le laboratoire, avec des bicarbonates alcalins, et une chaleur modérée, on transforme en partie le blanc d'œuf en gélatine.

L'état gélatineux des matières albuminoïdes dans les tissus vivants peut rendre compte de certains phénomènes inexpliqués sur la digestibilité des tissus. Des recherches dans ce sens sont déjà entreprises par les auteurs. A. PRENANT.

Ueber die Saüren der menschlichen Galle (Sur les acides de la bile humaine par SCHOETTEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 268).

Les premières recherches de l'auteur l'ont conduit à admettre que les acides non azotés unis au glycocolle et à la taurine sont au moins au nombre de deux. Le premier identique avec l'acide cholique ou cholalique $C^{24}H^{40}O^{5}$ et le second plus riche en carbone et en hydrogène, mais plus pauvre en oxygène. Latschinoff a obtenu de la bile du bœuf, outre l'acide cholalique, l'acide choléinique et lui a attribué la formule $C^{25}H^{42}O^{4}$. L'auteur serait porté à l'identifier avec l'acide qu'il avait obtenu. Mylius obtint, par la réduction de l'acide cholique, un acide disoxycholique $C^{24}H^{40}O^{4}$ qui présente aussi des caractères communs avec le second acide de la bile. Ces trois acides diffèrent tous de l'acide cholalique par l'insolubilité de leur sel de baryte. Cependant l'auteur croit que son acide est un corps différent de l'acide choléinique et de l'acide disoxycholique. Il lui a donné le nom d'acide fellinique $C^{23}H^{40}O^{4}$. Cet acide n'est pas homologue de l'acide choléinique ni de l'acide disoxycholique.

L'acide fellinique donne une différence dans la réaction de Pettenkoffer. La coloration est plus faible et donne un rouge sombre différent

du rouge cerise que produit l'acide cholalique. Il dévie la lumière polarisée vers la droite. Une solution de 4 0/0 donne, pour une longueur de 10 centimètres cubes une déviation de 1°,4. E. HARDY.

Communication on the cold nitric acid test for albumen in the urine as an aid to the detection of the bile salts (Réaction donnée par les sels biliaires dans les urines dans lesquelles on recherche l'albumine par l'acide nitrique), par John STEVENS (*Edinb. med. journ.*, *p.* 507, *décembre* 1886).

Quand on verse de l'acide nitrique dans un verre conique qui renferme de l'urine albumineuse, il se forme, au point de contact des deux liquides, un précipité d'albumine. Au-dessus de ce précipité, il apparaît quelquefois une autre couche blanchâtre distincte de la couche albumineuse sous-jacente. Elle n'est pas constituée par de l'acide urique, car elle ne disparaît pas sous l'influence de la chaleur. On l'a considérée comme formée par de la mucine. En réalité elle est constituée par des sels biliaires.

Les sels biliaires se précipitent sous l'influence de l'acide nitrique dans un liquide albumineux. Si, par exemple, on verse dans le fond d'un verre de l'acide nitrique concentré, puis une solution de peptone, et qu'on ajoute à celle-ci quelques gouttes d'une solution de taurocholate de soude, il se fait un précipité blanc au point de contact de l'acide nitrique et du liquide sus-jacent.

En se servant d'urine albumineuse exempte de sels biliaires, on peut rechercher la présence de ces sels dans un échantillon quelconque d'urine. Il suffit d'ajouter l'urine albumineuse à l'urine que l'on veut examiner et de laisser couler avec précaution de l'acide nitrique le long des parois d'un tube ou d'un verre à expérience. Au contact de l'acide et de l'urine, on observe un précipité albumineux; un précipité blanc qui n'est pas formé par les urates, puisqu'il ne disparaît pas sous l'influence de la chaleur, se forme au-dessus : il s'agit des sels biliaires.

ALBERT MATHIEU.

Ueber das Parahæmoglobine (Sur la parahémoglobine), par NENCKI (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak.*, *Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 332, 1886).

Poursuivant ses recherches sur la matière colorante du sang, Nencki a étudié, en collaboration avec Heber et Lackowicz, la substance isomère de l'hémoglobine qu'il a désignée sous le nom de parahémoglobine. Celle-ci s'obtient quand on verse, sur de l'hémoglobine, de 6 à 8 fois son poids d'alcool absolu et qu'on maintient le tout pendant plusieurs heures dans un appareil à glace. Les cristaux d'hémoglobine se sont alors transformés en parahémoglobine insoluble dans l'eau, et d'une teinte un peu différente. Quand on agite des cristaux de parahémoglobine dans une solution étendue d'un alcali fixe, ils s'y dissolvent; la solution d'un rouge brun donne, quand on l'examine au spectroscope, la raie d'absorption d'hémoglobine. La parahémoglobine se dissout plus difficilement dans les acides minéraux.

Les cristaux de parahémoglobine sont biréfringents. Quand on les met dans l'eau, qu'on agite le liquide et qu'on l'examine ensuite au spectroscope, on obtient, avec un éclairage convenable, les deux raies

de l'hémoglobine. Quand on les met en suspension dans une solution alcoolique d'ammoniaque saturée et qu'on agite, une partie de la parahémoglobine se dissout et communique au liquide une belle teinte rouge. A l'examen spectroscopique, on ne découvre qu'une seule raie d'absorption entre le D et l'H. Quand on verse du liquide filtré dans un verre de montre, après évaporation de l'alcool et de l'ammoniaque, une partie de la parahémoglobine forme un dépôt cristallin, tandis que l'autre se dédouble au contact de l'oxygène de l'air, en albumine et en hématine. Lorsque la solution ammoniacale a séjourné pendant des semaines dans des bouteilles bien closes, elle présente une teinte bleuâtre; à l'examen spectroscopique, on découvre alors, au lieu d'une seule raie, deux raies à limites bien nettes, pareilles à celles qu'on obtient avec des solutions d'oxy- et d'oxycarbohémoglobine, sauf qu'elles sont placés plus près du violet. On n'obtient plus de cristaux de parahémoglobine par évaporation du véhicule.

Quand on laisse séjourner des cristaux de parahémoglobine pendant quelque temps dans l'eau, ils se boursouflent sans perdre leur forme cristalline, mais ils ont perdu leur biréfringence. Si ensuite on enlève le couvre-objet pour permettre au liquide de s'évaporer, les cristaux redeviennent biréfringents.

Quant au reste, l'analyse élémentaire a démontré que la parahémoglobine et l'hémoglobine ont la même constitution chimique.

Les deux auteurs constatent ensuite que la parahémoglobine était connue depuis assez longtemps sous un autre nom, que, par exemple, les cristaux du sang découverts par Reichert étaient formés par cette substance seulement celle-ci a été négligée à partir du jour où Kumle et Nencki eurent découvert l'oxyhémoglobine soluble dans l'eau; ce qui a contribué à la faire tomber dans l'oubli, c'est la croyance erronée dans laquelle on vivait comme quoi l'alcool désorganise l'hémoglobine. Les auteurs cherchent à montrer que l'étude des modifications imprimées par l'alcool à l'oxyhémoglobine, a fait avancer d'un pas notre connaissance de la structure moléculaire de la molécule d'albumine, qu'elle fournit une nouvelle preuve en faveur de l'analogie de structure de l'albumine protoplasmatique et des aldéhydes. É. RICKLIN.

Ueber das Hæmin (Sur l'hémine), par NENCKI et SIEBER (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 325, 1886).

Le produit de la combinaison de l'hémine avec l'alcool amylique, dont les deux auteurs s'étaient occupés dans un précédent travail, abandonne son alcool amylique, lorsqu'on l'expose à une température de 130-135° jusqu'à ce qu'il cesse de perdre son poids. Il n'en résulte pas de modifications dans l'aspect extérieur des cristaux. Ceux-ci sont seulement devenus très hygroscopiques; l'analyse élémentaire leur assigne comme formule $C^{32}H^{31}ClAz^4FeO^3$. En faisant dissoudre des cristaux dans une lessive de soude diluée, on obtient de l'hématine, dont la formule, d'après les résultats de l'analyse chimique, peut être rendue ainsi $C^{32}H^{32}Az^4FeO^4$. Cette transformation implique donc la mise en liberté d'acide chlorhydrique et l'annexion d'eau, dans la molécule. Il est vraisemblable toutefois, d'après les deux auteurs, que dans les cristaux d'hémine *le chlore n'est pas fixé* à l'hydrogène, mais au carbone et au fer et

que la formation de l'hémine en hématine a lieu par le fait d'une substitution d'hydroxyl au chlore.

Quand on fait agir de l'acide sulfurique concentré sur de l'hémine, on obtient de l'hématoporphyrine, qui ne renferme pas de fer et dont la formule est, d'après les résultats de l'analyse élémentaire, $C^{32}H^{34}Az^4O^5$. La réaction peut donc se formuler ainsi :

Hématine.	Hématoporphyrine.
$C^{32}H^{32}FeAz^4O^4+H^2O$	$Fe=C^{32}H^{34}Az^4O^5$

Toutefois, ainsi que le font remarquer les deux auteurs, il est peu vraisemblable que l'action de l'acide sulfurique concentré, consiste à fournir, à l'hématine, de l'eau ; il est possible qu'elle se réduise à une substitution d'hydrogène au fer, et que le produit qui prend naissance dans ces conditions, s'oxyde ultérieurement par le fait de son passage dans une solution alcaline. Certainement, l'oxydation ne se fait pas aux dépens de l'oxygène de l'air ; contrairement à ce qu'avait avancé Hoppe-Seyler, il ne s'opère pas d'absorption d'oxygène de l'air, lors de la dissolution de l'hémine dans de l'acide sulfurique, autant que les deux auteurs peuvent en juger par leurs propres expériences. De même ils n'ont pas réussi à obtenir de l'hématoporphyrine en traitant par des acides faibles, en présence de l'oxygène, l'hémachromogène (hypothétique) de Hoppe-Seyler, auquel les deux auteurs reprochent d'attribuer une valeur exagérée à ses recherches sur la matière colorante du sang. E. RICKLIN.

Beitrag zur Lehre vom Blutfarbstoffe (Contribution à l'étude de la matière colorante du sang), par G. HÜFNER (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 74, 1887).

Hüfner prépare de grandes quantités d'oxyhémoglobine cristallisée du sang de bœuf et de porc, par le procédé suivant : Le sang défibriné est soumis à une rotation rapide (900-1,000 tours par seconde) dans une machine à force centrifuge, de manière à séparer les globules du sérum. Le sérum est décanté, et la bouillie de globules est dissoute dans une petite quantité d'eau distillée, bouillie au préalable et refroidie à + 30° à + 40°. Lorsque les cristaux se sont formés, on les sépare également de la solution et des stromas des globules par la force centrifuge. Il est nécessaire d'entourer l'appareil d'un mélange réfrigérant pour empêcher que les cristaux ne repassent en solution, grâce à l'échauffement du liquide. On fait recristalliser trois fois.

Les cristaux ainsi obtenus ont la même composition, qu'ils proviennent du sang de porc (54.71 C ; 7.38 H ; 17.43 Az ; 0.479 S ; 0.399 Fe) ou du sang de bœuf (54.66 C ; 7.25 H ; 17.70 Az ; 0.447 S ; 0.40 Fe). La molécule d'hémoglobine contient de part et d'autre, pour un atome de fer, deux atomes de soufre. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Verbindung des Hämoglobins mit Kohlensäure (Sur la combinaison de l'hémoglobine avec l'acide carbonique), par Christian BOHR (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie, p.* 164, 1887).

Setschenow puis Zuntz ont montré que les solutions d'hémoglobine

étaient capables d'absorber plus de CO^2 qu'un égal volume d'eau placé dans les mêmes conditions de pression.

Bohr a déterminé au moyen de l'absorptionomètre la quantité de CO^2 que les solutions d'hémoglobine absorbent sous différentes pressions de CO^2. Il suffit de soustraire des chiffres trouvés, les valeurs correspondant à l'absorption de CO^2 par l'eau pure, pour avoir les quantités de CO^2 qui reviennent à l'hémoglobine. Il s'agit bien d'une combinaison de l'hémoglobine avec CO^2, mais d'une combinaison qui se dissocie, à mesure que la tension de CO^2 décroît, comme le montrent les chiffres du tableau suivant qui indiquent en centimètres cubes les quantités de CO^2, combinées à un gramme d'hémoglobine, à la température de $+18°,5$ et à des pressions de CO^2 comprises entre 1,75 et 121,94 millimètres de mercure.

Pression en millimètres de mercure.	Pression en centimètres cubes CO^2.
1,75	1,328
15,16	2,272
20,60	2,444
28,44	2,628
39,92	2,821
56,98	3,014
82,32	3,286
121,94	3,511

LÉON FREDERICQ.

Zur Kenntniss von den Farbstoffen der melanotischen Geschwulte (**Étude sur la matière colorante des tumeurs mélaniques, par K.-A.-H. MORNER** (*Zeitschrift für physiologische Chemie, Band XI, p.* 66).

On a décrit sous le nom de mélanine une matière qui se trouve dans le pigment des yeux, des cheveux, de la peau, de formation pathologique, comme un produit de décomposition du chromogène dans l'urine, etc.

L'auteur résume d'abord tous les travaux publiés sur ce sujet. Puis il rapporte une observation d'une tumeur de cette nature. Il rassembla l'urine et recueillit les précipités qu'il obtint en la précipitant par l'eau de baryte et l'acétate de plomb, et en retira la matière colorante. Nous renvoyons, pour les détails, au mémoire original. E. H.

Em neues Verfahren zur Bestimmung des Globulins im Harn und im serœsen Flussigheiten (**Un nouveau procédé pour la détermination de la globuline dans l'urine et dans les liquides séreux**), **par POHL** (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XX, Heft* 5 *et* 6, *p.* 426, 1886).

On sait, par les recherches d'Hofmeister et Kander, que l'addition à volumes égaux d'une solution de sulfate d'ammoniaque saturée à froid, au sérum de sang de bœuf, opère la séparation complète de l'albumine et de la globuline. Pohl a voulu savoir si ce même procédé réussit pour opérer la séparation de ces deux espèces de matières albuminoïdes dans les urines albumineuses. Il a constaté qu'en effet la séparation s'effectue quand on opère sur de l'urine alcaline, et qu'elle est d'autant plus complète que l'alcalinité du liquide examiné est plus accentuée; la globuline est précipitée, tandis que l'albumine reste en suspension dans le

liquide. Le procédé réussit encore lorsqu'on opère sur des produits séreux. Voici la technique que l'auteur recommande d'employer :

On neutralise avec de l'ammoniaque 50 à 100 centimètres cubes d'urine qu'on mélange avec pareil volume d'une solution saturée de sulfate d'ammoniaque. Au bout d'une heure, on filtre et on lave ensuite le produit de filtration avec une solution de sulfate d'ammoniaque saturée à moitié; on l'expose à une température de 110° pour en opérer la dessication; on le traite par l'eau bouillante, puis on l'épuise par l'alcool et l'éther, on le dessèche une nouvelle fois; enfin on pèse et on procède à l'incinération. Les résultats obtenus ne présentent que de faibles différences avec ceux que donne l'emploi du procédé de Hammarsten.

Pour se renseigner sur la présence de la globuline dans une urine albumineuse et sur la quantité approximative de cette matière albuminoïde, il suffit pour cela d'alcaliniser l'urine avec de l'ammoniaque, de la filtrer si besoin est, d'y ajouter un égal volume de la solution saturée de sulfate d'ammoniaque. Le dépôt de globuline qui se forme dans ces conditions est facile à distinguer des dépôts de phosphates et d'urates d'ammoniaque. RICKLIN.

Uber den diagnostichen Werth der Diazoreaktion, par F. GOLDSCHMIDT (*Münch. med. Woch.*, *n°* 35, 1886, *et Centr. f. kl. Med.*, *p.* 59, 1887).

Confirmation nouvelle de l'importance clinique de la réaction d'Ehrlich. Sur plus de 2,000 examens, voici les résultats obtenus. La réaction diazobenzoïque ne se trouve jamais sur les sujets sains. Elle est constante dans la fièvre typhoïde et la granulie ; elle fait défaut au contraire dans la fièvre intermittente ou gastrique. On peut l'observer dans les cardiopathies, la tuberculose, les tumeurs de la rate, la rougeole; dans les deux premiers cas, elle constitue un signe pronostique fâcheux.

La réaction d'Ehrlich ne se trouve pas dans la pneumonie (27 cas), ni dans la scarlatine, l'érysipèle, la grippe, la méningite cérébro-spinale; les affections cancéreuses ou consomptives; les maladies de la peau ou la syphilis (avec ou sans fièvre). A. CHAUFFARD.

Ueber die Diazoreaction (Sur la réaction diazoïque), par F. BREWING (*Zeitsch. für klinische Medicin, Band X, p.* 561-574).

La réaction diazoïque ne constitue qu'un symptôme indirect; elle indique simplement la résorption et l'élimination par les reins des produits excrémentiels formés dans l'organisme. Mais à ce titre — et en ne négligeant bien entendu aucun des autres symptômes — elle a une valeur diagnostique et pronostique qui se manifestera surtout dans les états morbides suivants : fièvre typhoïde, phtisie pulmonaire, infection puerpérale, suppurations latentes.

1° *Fièvre typhoïde.* — Presque constante dans les formes sévères, la réaction manque ordinairement dans les formes bénignes. Elle peut servir de moyen de diagnostic avec la méningite cérébrospinale (la réaction diazoïque n'a jamais été observée dans cette dernière affection), mais non avec la granulie où elle se retrouve à un degré souvent plus intense encore que dans la fièvre typhoïde.

Cette réaction peut-elle être un moyen de diagnostic précoce? Brewing

n'a malheureusement pas eu l'occasion de vérifier si elle existait dès les premiers jours de la maladie.

Relativement au pronostic, si l'on voit la réaction diminuer peu à peu d'intensité au cours de l'affection, on peut en tirer un augure favorable.

2° *Phtisie pulmonaire.* — La réaction, ne survenant qu'à une période avancée, sert moins pour le diagnostic que pour le pronostic. Comme la résorption des produits septiques ne peut se produire que si les tissus sains et malades sont en contact immédiat, elle indique une absence d'enkystement des tubercules, qui est toujours de mauvais présage.

3° *Infection puerpérale.* — La réaction apparaît très facilement et très vite à cause de la grande surface de résorption de l'utérus. Elle peut même se montrer avant la fièvre. Il y a donc grand intérêt à la rechercher pour instituer un traitement antiseptique aussi précoce que possible. Comme signe pronostique, elle n'indique pas une gravité exceptionnelle de l'affection et on peut la trouver dans des cas même légers.

4° *Suppurations latentes.* — La réaction diazoïque peut servir à déceler des suppurations latentes, et Brewing s'est servi utilement de ce signe pour établir le diagnostic d'un abcès du foie. M. DEBOVE.

Sulla causa della scomparsa dell'acido ippurico nelle urine fermentate, par G. RATTONE et L. VALENTE (*Arch. per le scienze med.*, n° 15, *vol.* X, 1886).

On sait que d'après Van Thieghem, le micrococcus ureæ amène la réduction de l'acide hippurique dans les urines alcalines. C'est ce fait qu'ont voulu vérifier les auteurs. Pour cela, ils ont pris la gélatine fluidifiée et ammoniacale d'une culture pure du micrococcus ureæ, et l'ont fait agir sur de l'acide hippurique chimiquement pur. Déjà au bout de 24 heures, on put trouver dans le liquide, de l'acide benzoïque reconnaissable à ses réactions et à ses formes cristallines. Comme pour l'urée, le ferment en question prend donc à l'acide hippurique de l'eau, et le réduit en acide benzoïque et glycocolle. A. CHAUFFARD.

Eine vereinfachte Methode zum Nachweis vom Quecksilber in Flüssigkeiten (Méthode simplifiée pour déceler le mercure dans les liquides), par K. ALT (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, *p.* 732, 1886).

L'auteur propose une méthode simple pour trouver les traces du mercure dans les liquides d'excrétion, par exemple dans l'urine, chez les syphilitiques traités par l'hydrargyre Jusqu'ici les meilleurs résultats étaient ceux de Schmidt qui reconnaissait la présence de 0,00005 de sublimé dans 100 parties d'eau. La réaction de l'auteur est plus délicate encore : elle décèle 0,00002 de sublimé dans 100 parties d'eau.

Le liquide à examiner (nous supposons qu'il contient du mercure), est acidulé par l'acide chlorhydrique et porté à la température de 60°, puis on le laisse refroidir et on le chauffe de nouveau. On y plonge à plusieurs reprises une feuille métallique mince composée de cuivre et de zinc, sur laquelle le mercure se dépose. Cette feuille est exposée, après refroidissement et lavage, aux vapeurs d'iode, et l'on voit se former alors de l'iodure et du biiodure de mercure. L. GALLIARD.

Untersuchungen ueber die Oxybuttersäure des diabetischen Harns. (Recherches sur l'acide oxybutyrique de l'urine des diabétiques), par WOLFS (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak., Band XXI, Heft* 2 *et* 3, *p.* 138).

Les recherches de Hallervorden ont appris que, chez certains diabétiques, l'élimination de l'ammoniaque par les urines subit souvent un accroissement considérable. Stadelmann, qui a contrôlé l'exactitude du fait, lui avait attribué comme cause la présence dans les urines des diabétiques, d'un acide organique qu'il croyait être l'acide crotonique β. Mais Rowski et Külz ont montré que cet acide n'existe pas préformé dans les urines des diabétiques; c'est un produit de dédoublement de l'acide oxybutyrique.

Les choses en étant là, Wolfs s'est proposé de rechercher dans quels rapports se trouve la richesse des urines des diabétiques avec l'élimination de l'ammoniaque par la voie rénale. Les expériences qu'il a faites l'ont conduit à conclure que, chez les diabétiques, l'élimination de l'ammoniaque par les urines est soumise à des fluctuations très étendues. Il est habituel, ainsi qu'on le savait déjà, que la proportion d'ammoniaque contenue dans les urines augmente durant les premiers temps que le malade est mis au régime carné exclusif. Mais, les analyses d'urine faites par Wolfs démontrent qu'il n'y a point parallélisme entre la quantité d'ammoniaque et la quantité d'acide oxybutyrique éliminés à un moment donné par les urines. Si donc on prétend faire dépendre l'exagération de l'ammoniurie d'une exagération d'acidité des urines, il faut admettre ou bien qu'à côté de l'acide butyrique d'autres acides organiques interviennent pour produire des oscillations étendues dans l'élimination de l'ammoniaque par les urines des diabétiques, ou bien que les proportions d'alcalis fixes disponibles pour opérer la neutralisation de l'acide oxybutyrique subissent elles-mêmes des fluctuations étendues.

Les expériences de Wolfs démontrent encore que l'administration du bicarbonate de soude produit promptement et régulièrement une diminution considérable, voire une cessation complète de l'excrétion de l'ammoniaque.

L'auteur s'est occupé ensuite des relations de l'élimination de l'acide oxybutyrique avec la diacéturie et l'acétonurie, avec la glycosurie et avec le coma diabétique. Les résultats de ses recherches ne jettent pas beaucoup de lumière sur ces différents points de l'histoire du diabète. Wolfs n'a pas constaté de parallélisme entre l'élimination de l'acide oxybutyrique et l'acétonurie; quelquefois même il existait un véritable antagonisme entre ces deux excrétions. D'autre part l'élimination de l'acide oxybutyrique parait être entièrement indépendante de celle du sucre, et il y a tout lieu de croire, selon Wolfs, que cet acide dérive des produits de désassimilation des matières albuminoïdes. Enfin dans un cas de coma diabétique, pendant les quelques jours qui précédèrent la phase comateuse, la proportion d'acide oxybutyrique était accrue, tandis que la proportion d'ammoniaque et celle de l'acétone avaient subi une diminution (la quantité totale des urines n'a pas pu être déterminée). Le résultat serait de nature à faire supposer que le coma diabétique est causé non, par la présence de l'acétone, mais par celle d'acides organiques

dans le sang. L'administration du bicarbonate de soude par la voie intraveineuse n'a produit aucune amélioration dans ce cas. E. RICKLIN.

Ueber die Nitrate des Thier-und Pflanzenkörpers (Sur les nitrates des organismes animaux et végétaux), par Th. WEYL et CITRON (*Arch. f. path. An. u. Phys., C I, Heft* 1, *p.* 175).

Th. Weyl a déjà fait paraître dans les *Archives de Virchow* un premier article préliminaire sur ce sujet (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 438). Dans le travail actuel fait en collaboration avec Citron, il reconnaît que l'urine du chien ne contient pas de nitrates. Ils ont cherché en vain à faire excréter l'acide nitrique par ces animaux en modifiant leur alimentation. Ils ont fait prendre à des chiens du chlorhydrate et du citrate d'ammoniaque, espérant que ces animaux parviendraient à fabriquer de l'acide azotique aux dépens de l'ammoniaque, mais ils n'ont pas réussi. Ils ont cependant observé un cas de nitraturie sur une chienne à laquelle ils faisaient prendre du nitrate de potasse représentant 10 centigrammes de Az^2O^5. Au cinquième jour de ce régime, l'animal mourait avec des ecchymoses stomacales et intestinales récentes et de la néphrite diffuse aiguë. En comparant le chien à l'homme, on note cette différence importante : que l'homme, en prenant une alimentation azotée, élimine de l'acide azotique et qu'il ne peut détruire les nitrates ingérés, tandis que le chien, dont les urines ne contiennent pas de nitrates, a la propriété de détruire en grande partie les nitrates ingérés et de les transformer en substances différentes. Les auteurs ont reconnu que l'homme pouvait fabriquer de l'acide azotique avec de l'ammoniaque prise avec l'alimentation. La proportion des nitrates contenus dans les urines dépend, en partie, de l'alimentation, ce sont surtout la bière et le vin qui, contenant des nitrates, en font passer dans les urines. La quantité moyenne des nitrates est de 42 milligrammes par litre d'urine. Un fait intéressant remarqué par les auteurs est que, dans le diabète, la quantité des nitrates éliminés est très diminuée (ils font observer que la méthode de Schulze pour le dosage des nitrates, à laquelle ils ont donné la préférence, n'a pas les résultats faussés par la présence du sucre). Comme, dans le diabète, il y a une élimination abondante d'ammoniaque par les urines, il semble que le diabétique a perdu la faculté de la transformer en acide azotique. P. GALLOIS.

Zur Unterscheidung der Chrysophansaüre von dem Santoninfarbstoff im Urin (Moyens de reconnaître la teinte de l'urine due à l'acide chrysophanique de celle due à la santonine), par Georg HOPPE-SEYLER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 436, 5 *juillet* 1886).

Quatre médicaments, rhubarbe, séné, chrysarobine et santonine, donnent à l'urine une couleur jaune qui passe au rouge par addition d'alcalis. La matière colorante des trois premières substances n'est autre que l'acide chrysophanique, tandis qu'on ne connaît pas encore la nature de celle de la santonine.

Pour distinguer l'acide chysophanique de la matière colorante de la santonine, on a proposé divers moyens. La teinte rouge de l'urine contenant de la santonine se rapproche de la couleur cerise ou pourpre,

tandis que celle de l'urine renfermant de l'acide chrysophanique se rapproche de l'orangé. Mais Munk (*R. S. M.*, XII, 451) a fourni de meilleurs signes distinctifs.

De son côté, Lewin (*R. S. M.*, XXII, 496) a indiqué la propriété qu'a la santonine de dévier à gauche le plan de polarisation.

Enfin, Penzoldt (*Sitzber. d. phys. med. Gesell. zu Erlangen*, 1884) propose d'agiter l'urine avec moitié de son volume d'éther ; l'acide chrysophanique, et non la matière colorante de l'urine, passe dans l'éther ; on en reconnaît la présence dans ce dernier par la teinte rouge que prend une lessive de potasse.

G. Hoppe-Seyler a eu l'idée d'employer comme réactif, l'alcool amylique qui lui paraît offrir un moyen de différenciation aussi prompt que net.

Si, à de l'urine contenant de la santonine, on ajoute de la soude caustique et qu'on agite ensuite avec un peu d'alcool amylique, ce dernier s'empare de toute la matière colorante rouge, tandis que dans l'urine renfermant soit de la rhubarbe, soit du séné, la coloration rouge reste dans la solution aqueuse ou adhère aux phosphates précipités.

En revanche, avec l'alcool amylique on peut extraire l'acide chrysophanique de l'urine acide renfermant du séné ou de la rhubarbe. Si après avoir décanté la liqueur jaune, on l'agite avec une eau ammoniacale, elle cède la matière colorante rouge à la solution aqueuse et devient incolore. L'urine fraîche qui contient la matière colorante de la santonine ne cède dans les mêmes circonstances aucune matière jaune à l'alcool amylique, et lorsque après avoir décanté ce dernier, on l'agite avec de l'eau alcaline, l'eau ne rougit pas. Au contraire, si après avoir, d'abord, additionné cette urine de lessive de soude, on l'acidule avec l'acide acétique, et qu'on la laisse reposer quelque temps, la matière colorante jaune passe dans l'alcool amylique ; mais quand on agite cette liqueur jaune avec de l'eau alcaline, il ne se produit aucune coloration rouge de l'eau et l'alcool amylique reste jaune.

La nature de ces réactions rend vraisemblable l'hypothèse que la matière colorante de la santonine est une base. La teinte rouge de l'urine à santonine, après addition d'alcali, fait peu à peu place à une teinte jaune qui procède de haut en bas. Celle-ci se produit encore plus rapidement lorsque la matière colorante est dissoute dans l'alcool amylique. D'autre part, le changement de teinte ne s'effectue pas, lorsque l'urine rouge séjourne sur le mercure à l'abri de l'air ; preuve que c'est l'oxygène atmosphérique qui en est l'agent. On peut également extraire par l'alcool amylique, la matière colorante jaune produite de cette façon.

La matière colorante rouge de l'urine à santonine, présente aussi bien en solution aqueuse qu'avec l'alcool amylique, une large bande d'absorption qui, dans les solutions concentrées, masque toute la partie droite du spectre depuis la ligne E, tandis que dans les solutions étendues, elle laisse visibles le bleu et le violet.

La matière colorante rouge de l'urine due à l'acide chrysophanique ne modifie pas le spectre. Il en est de même des matières colorantes jaunes obtenues de l'urine contenant de la santonine.

On a donc là encore un moyen de distinguer si la coloration jaune de l'urine provient de santonine ou d'acide chrysophanique. J. B.

Ueber die Bedeutung der thierischen Gummi (Signification de la gomme animale), par LANDWEHR (*Archiv f. ges. Phys.*, *XXXIX*, *p.* 193 *et XLI*, *p.* 21).

L'expression de substances « hydrocarbonées » doit disparaître de la nomenclature. Landwehr propose d'y substituer l'expression de « substances sucriques » et de les caractériser en ce que, par un traitement approprié, elles peuvent fournir de l'acide levulinique (β-acétyl-propionique). Les unes, répandues dans le règne végétal, cellulose et amidon fournissent de l'acide saccharique lorsqu'on les traîte par l'acide azotique et du glucose sous l'influence des autres acides. Un second groupe fournit de l'acide mucique et des sucres peu connus : ce sont les substances pectiques. Un troisième groupe formé de substances gommeuses fournit de l'acide oxalique et de l'arabinose.

L'auteur étudie le second groupe. La macération des glandes sous-maxillaires du bœuf, précipitée par l'acide acétique, fournit la mucine que l'on peut purifier par des traitements à l'alcool et à l'éther. Une seconde partie est dissoute dans l'acide chlorhydrique étendu, puis traitée par la lessive de soude et ensuite à l'ébullition par le sulfate de magnésie. On traite ensuite par dialyse. L'emploi du sulfate de cuivre et de la lessive de soude sépare la « gomme animale ». La mucine sous-maxillaire se dédouble donc en albuminoïde et gomme animale. Les deux substances, mucine et gomme, chauffées avec l'acide chlorhydrique, fournissent l'acide lévulinique. La métalbumine est une sorte de pseudo-mucine.

La chondrine peut aussi fournir la même gomme.

Ces deux substances, sources de la gomme animale, sont précisément très répandues dans le fœtus. Les observations pathologiques sur les kystes de l'ovaire et le myxœdème relient ces affections à l'excès de la production de mucine : l'auteur y rattache le chlorate. L'organisme fœtal est plus riche en eau que l'organisme adulte : environ 80 0/0 au lieu de 59 0/0. Cette abondance de l'eau est en rapport avec l'abondance du tissu muqueux. Landwehr a essayé d'établir hypothétiquement quelques relations entre la formation de la gomme dans l'épithélium gastrique et la production de l'acide chlorhydrique et de même entre le mucus intestinal et la résorption des graisses. Pendant les premières périodes de la digestion on a prétendu qu'il existait toujours de l'acide lactique dans le contenu de l'estomac, mais cette assertion est inexacte. Les choses se passeraient de la manière suivante : le mucus des glandes gastriques fournirait dans leur conduit excréteur même de l'acide lactique qui, réagissant sur le chlorure de sodium, fournirait de l'acide chlorhydrique et du lactate de soude bientôt résorbé. La formation de l'acide lactique au moyen du mucus nous paraît absolument hypothétique ; mais la décomposition d'un chlorure par l'acide lactique nous semble contradictoire à toutes les lois de la chimie. L'auteur admet que le mucus serait décomposé par la bile. Il examine ensuite les conditions de la formation du sucre de lait. La substance de ce sucre de lait n'est pas de la nature du glycogène. Landwehr pense qu'elle pourrait être de la nature de la gomme animale. DASTRE.

I. — Ueber die chemische Natur der vegetabilischen Diastase (Nature chimique de la diastase végétale), par E. HIRSCHFELD (*Arch. d. ges. Physiol., XXXIX, p.* 499).

II. — *Idem*, **par C.-J. LINTNER** (*Ibidem, XL., p.* 311).

I. — Dans son travail sur la gomme animale considérée comme un élément constant de l'urine humaine, Landwehr assure que partout où existe un ferment diastasique, on retrouve cette gomme animale, et il a déduit de là une théorie de l'action de fermentation. Hirschfeld a cherché si cette assertion était vérifiée en ce qui concerne la diastase végétale. On n'en connaît point la véritable nature. Löw, Brown et Heron l'ont considérée comme de nature albuminoïde : Conheim et Hüfner ont prétendu le contraire : Bouchardat et Cl. Bernard ont cru à la complexité de ce corps. L'auteur ici prépare la diastase du malt par la méthode de Zulkowsky. Il profite de ce que l'acétate normal de plomb est sans action sur le ferment, l'acétate basique seul pouvant le précipiter.

C'est un moyen d'écarter les albuminoïdes mélangés au ferment, sans altérer celui-ci. Après traitement par l'alcool, on obtient une substance qui possède une action saccharifiante énergique, qui ne contient ni sucre ni substances réductrices, qui ne se colore point par le réactif de Millon. Mélangée à la solution normale d'acétate de plomb, elle se comporte comme la gomme en ce que le passage d'acide sulfhydrique dans la liqueur donne une coloration brune sans précipité du sulfure de plomb. — La chaleur détermine un précipité et la liqueur filtrée conserve son activité saccharifiante. Le biuret donne des flocons. La saturation avec NaCl détermine un précipité facilement séparable qui conserve son activité fermentative indéfiniment, sans être exposé à la putréfaction. — L'étude de la diastase purifiée montre qu'elle n'est pas un corps albuminoïde. Elle possède tous les caractères des gommes, et quand on essaye les réactions qui écarteraient les gommes, le pouvoir spécifique de la substance disparaît. La diastase, d'après cela, serait une modification particulière de la gomme.

II. — Lintner s'élève contre cette assertion en montrant que les diastases qu'il a étudiées ne possèdent précisément pas les propriétés caractéristiques des substances gommeuses. DASTRE.

Preliminary note on the chemistry of tyrotoxicon, par Victor C. VAUGHAN (*Med. News*, 2 *avril* 1887).

Les recherches que Vaughan a faites avec Novie lui permettent de penser que le tyrotoxicon et le diazobenzol sont un seul et même composé. Une solution concentrée de poison du lait traitée par le chlorure de platine et l'alcool, fit explosion, aussitôt l'évaporation complète de l'alcool. En précipitant le platine par le sulfure d'hydrogène, le mélange perd ses propriétés explosives. C'est ce qui arrive avec les composés diazoïques.

D'autres points de ressemblance, réduction des sels ferriques, décomposition à l'air, action toxique du diazobenzol chez les animaux, etc., enfin réaction, tout récemment obtenue avec le chlorure d'or, concourent à démontrer qu'il ne s'agit que d'un seul et même corps. A. C.

Sur la composition et la synthèse de la pilocarpine, par E. HARDY et G. CALMELS (*Comptes rendus Acad. des sciences*, 1886-1887).

E. Hardy et G. Calmels ont obtenu la pilocarpine par synthèse, et partant de l'acide β-pyridino-α-lactique elle a eu lieu en deux phases :

1° Transformation de l'acide β-pyridino-α-lactique en pilocarpidine.

2° Transformation de la pilocarpidine en pilocarpine.

On traita l'acide β-pyridino-α-lactique par le bromure de phosphore, on ajouta de l'hydrate de baryte dont on enleva l'excès par un courant d'acide carbonique ; le résidu fut mis en présence d'acide bromhydrique et de chlorure d'or ; il se fit un précipité que l'on décomposa par l'hydrogène sulfuré et l'on obtint de l'acide pyridinobromopropionique. Celui-ci chauffé à 160° avec de la triméthylamine donne de la pilocarpidine. La pilocarpidine en solution méthylique fut traitée par l'iodure de méthyle et de la potasse ; elle donna un iodométhylate qui fut décomposé par le permanganate d'argent et produisit la pilocarpine de synthèse.

Les propriétés physiologiques de la pilocarpine de synthèse sont les mêmes que celle de la pilocarpine naturelle : 1° Injectée dans la veine saphène interne d'un chien, elle amène un flux considérable de salive comme on a pu s'en convaincre en plaçant une canule dans le canal, sécréteur de la glande sous-maxillaire ; 2° Quelques gouttes versées sur le cœur d'une grenouille préalablement mis à nu en arrêtent les mouvements qui reparaissent sous l'influence de quelques gouttes d'atropine.

E. H.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Sur la dégénérescence paralytique des nerfs, par SCHIFF (*Semaine méd.* 29 *juin* 1887).

Schiff confirme, par de nouvelles recherches, son assertion que le cylindre axe persiste dans les nerfs coupés et dégénérés. Pour le bien voir, il faut employer la coloration à la picronigrosine, ou bien l'immersion dans le bichromate de potasse et le lavage à l'acide picrique. On voit avec ces procédés la surface de section couverte d'aréoles qui représente les filaments constituants du cylindre axe. Dans les nerfs dégénérés, on peut voir souvent la division du cylindre axe en plusieurs fibrilles, formant autant de faisceaux distincts.

La régénération d'un nerf ne saurait donc être que la reconstitution, par les restes de l'ancienne gaine ou par une néoformation, de la gaine médullaire. Expérimentalement, on peut observer le rétablissement de la transmission de la sensibilité au bout de très peu de temps, ce qui confirme les faits cliniques récents. En un mot, le nerf dégénéré ne diffère du nerf normal que par la gaine de myéline. Aussi dans les plaies nerveuses et dans les sutures, ce qui ralentit la réparation, c'est l'issue de la myéline hors de la gaine et l'hémorragie des vaisseaux du nerf ;

dans un nerf dégénéré depuis longtemps, ces deux conditions faisant défaut, la restauration de la conductibilité après la suture doit être plus rapide. A. C.

Beitrag zur Lehre über die Veränderungen der Nervenendigungen während des Entzundungs-processes (Des modifications des terminaisons nerveuses dans l'inflammation), par M. GROSSMANN (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 603, 1886).

L'auteur soumet à différents traumatismes une membrane riche en terminaisons nerveuses variées (corpuscules de Herbst, de Key-Retzius, de Grandry, plaques de Merkel) : la portion cutanée du bec du canard.

Dix heures après avoir blessé cette membrane, il trouve, au voisinage de la plaie, les corpuscules d'Herbst détachés du tissu conjonctif environnant ; au bout de 36 heures, ils en sont séparés par une large fente : il admet que cet écartement résulte d'un épanchement de sérosité. On apprécie difficilement les modifications du corpuscule d'Herbst. Quant au corpuscule de Key-Retzius, il perd d'abord la netteté de sa striation, puis il perd une partie de ses noyaux ; ensuite il devient inégal, bosselé et se modifie de telle sorte qu'on ne distingue plus ni la massue centrale ni le nerf qui y aboutit. L. GALLIARD.

I. — Uber einen Fall von Porencephalie, par O. BISWANGER (*Arch. f. path. An u. Phys. CII, Heft* 1, *p.* 13).

II. — Caso di posencefalia posteriore destra da causa traumatica, par FRIGARIO (*Ann. univ. di medic., janvier* 1887).

III. — Ancora un caso di porencefalia, par P. LACHI (*Annali dell' universita di Perugia*, 1886).

I. — Il s'agit d'un homme d'une quarantaine d'années venu au monde avec une paralysie atrophique du membre supérieur droit et une paralysie simple du membre inférieur du même côté. Tout enfant, il a commencé à avoir des attaques d'épilepsie ; son langage est resté toujours très défectueux, il employait des noms pour des verbes, et ne put jamais faire d'études.

De la main gauche (non paralysée), il ne put arriver qu'à apprendre à faire sa signature, laquelle était presque illisible. Il ne sut compter que jusqu'à 100 et n'était capable d'additionner, soustraire ou multiplier que les dix premiers nombres. Il mourut à la suite d'une série d'attaques épileptiques des plus violentes. A l'autopsie, on constate une atrophie de la troisième frontale, des deux tiers inférieurs des deux pariétales ascendantes, de la seconde pariétale (pli courbe), de la première temporale. Le lobule de l'insula paraissait détruit presque en totalité. En somme, l'atrophie était exactement limitée au territoire de la sylvienne qui ne pouvait être reconnue. C'est à son oblitération pendant la vie intrautérine qu'est due l'atrophie des circonvolutions. Le ventricule du même côté était dilaté, l'hémisphère droit ne paraissait pas avoir subi d'hypertrophie compensatrice. Il est intéressant de remarquer que le cerveau droit qui a dû se charger de la fonction du langage a été insuffisant et que le malade est resté un aphasique toute sa vie. P. GALLOIS.

II. — Mont. Rosa, 26 ans, tomba sur le sol à l'âge de 4 mois d'une hauteur de 5 mètres à peu près, le choc porta sur la tête à droite et en arrière. Malgré cet accident, elle se développa, mais avec une déviation de la tête et une saillie assez volumineuse à l'endroit qui avait supporté le choc. Les premières convulsions épileptiques apparurent à la troisième année, sous forme de vertige ou de grand mal ; vers la cinquième année, tendance à la demi-flexion du membre inférieur gauche. A l'âge de 23 ans, elle devient irascible,

menace ses parents et cherche à les frapper ; on l'a prise à l'asile d'Alexandrie. A la région pariéto-occipitale, on constate l'absence d'une grande partie de l'os et en ce point il y a une zone pâteuse, indolente, non pulsatile, de forme elliptique et recouverte par les téguments normaux. A gauche de cette zone, l'os est saillant, allongeant la tête en forme de casque. L'examen de la malade fait constater une hémiplégie gauche, avec hémianesthésie et hémiatrophie.

Les organes des sens sont également affaiblis du même côté, et il y a diminution de la sensibilité générale à droite. La malade succomba à une pleurésie.

L'autopsie montra au niveau du pariétal droit une poche qui contenait environ 80 grammes de liquide citrin et transparent, à parois lisses et se continuant avec la dure-mère : on voyait au fond de ce sac le plexus choroïde et l'extrémité du thalamus optique droit (porencéphalie). Les lésions cérébrales affectaient à droite la zone motrice très adhérente à la dure-mère ; la destruction portait sur la pariétale ascendante, les lobules pariétaux supérieur et inférieur, et en outre sur une partie du pli courbe, et sur la partie supérieure du lobe carré. A gauche, les circonvolutions du lobe carré étaient rudimentaires. Le cerveau entier pesait 910 grammes.

L'auteur montre que ce fait confirme la doctrine des localisations. Deux dessins reproduisent les lésions craniennes. F. BALZER.

III. — Chez une femme de 21 ans morte d'entéro-péritonite, on trouva à l'autopsie du cerveau et sur l'hémisphère gauche vers le tiers moyen de la circonvolution frontale médiane, une dépression profonde d'environ deux centimètres, et dont le diamètre à la surface du cerveau avait environ la même largeur. Des observations de ce genre existent dans la science, et cette conformation n'est pas pathologique. On peut supposer qu'elle est le vestige d'une solution de continuité de la vésicule cérébrale primitive, produite par un défaut de parallélisme entre l'expansion de cette vésicule et l'accroissement en épaisseur de sa paroi. Si il n'existe pas de communication entre l'extérieur et le ventricule latéral, c'est que le corps calleux qui se développe plus tard est venu s'interposer et transformer le canal primitivement complet en une cavité infundibuliforme. A. NICOLAS.

Ueber einem Fall von Syringomyelie, par Ed. KRAUSS (*Arch. f. path. An. u. Phys. CI, Heft* 2, *p.* 304).

La pathogénie de la syringomyélie est mal connue. Leyden croit qu'il s'agit d'une dilatation congénitale de l'épendyme ; Hallopeau pense à une myélite centrale ; Simon, Westphal, Schultze à des gliomes qui en se résorbant laissent une cavité ; Langhans à des troubles circulatoires. Dans le cas qu'il a pu observer, l'auteur, s'appuyant sur l'examen histologique, admet l'hypothèse de Simon et admet l'existence de masses gliomateuses périépendymaires qui se seraient détruites et dont la destruction aurait laissé un espace vide. L'altération, commençant au dessous de l'olive, s'étendait jusqu'à la 6e paire dorsale. P. GALLOIS.

Weiteres Beitrag zur Lehre von der centralen Gliose des Rückenmarkes mit Syringomyelie (Nouvelle note sur la gliose centrale de la moelle avec syringomyélie, par SCHULTZE (*Arch. f. path. An. u. Phys., CII, Heft* 3, *p.* 435).

Dans l'autopsie du malade de Schultze, la moelle présentait de la gliose périépendymaire, occupant surtout les cordons postérieurs. Les lésions étendues de la moelle dorsale au bulbe étaient surtout prédominantes au renflement lombaire ; c'est dans cette seule région qu'on trouvait les fissures de la

syringomyélie. Kahler et Pick ont signalé l'existence d'un revêtement épithétial cubique à la surface de ces fissures, et ont considéré leur cavité comme un diverticule du canal central. Il s'agirait donc d'une anomalie de développement, mais c'est un cas exceptionnel, la syringomyélie paraît une conséquence de la gliose. La colonne de Clarke était très altérée, et pourtant les pédoncules cérébelleux n'étaient pas dégénérés.

Les symptômes observés ont présenté des particularités intéressantes. Le malade avait une analgésie complète, et comme il avait des fractures fréquentes il ne s'apercevait de l'accident que par le bruit de la fracture et l'impotence fonctionnelle, et n'éprouvait absolument aucune douleur. Il commençait à avoir de l'atrophie des muscles intercostaux et des sacro-lombaires. Quant aux fractures, Schultze ne trouvant aucune lésion dans les os ne croit pas pouvoir les attribuer à des altérations trophiques. Il pense que le malade analgésique devait avoir perdu la notion de la force musculaire qu'il employait et qu'il produisait ses fractures par contraction musculaire. Celles-ci se rencontraient aux points signalés par Schüller dans son traité d'anatomie chirurgicale comme lieux d'élection des fractures par contraction musculaire.

Pour montrer combien le diagnostic est difficile, Schultze rapporte deux autres observations : dans l'une, le malade avait de l'atrophie musculaire progressive de la main gauche avec anesthésie tactile, des troubles trophiques ; dans l'autre, on notait de l'analgésie des troubles des sens de la température, des troubles trophiques et de l'atrophie des deux membres supérieurs. Chez le premier malade : suppression du réflexe rotulien, exagération chez le second. P. GALLOIS.

Ueber multiple Sklerose mit Demonstration entsprechender Praeparate (Histologie pathologique de la sclérose en plaques), par ADAMKIEWICZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 892, 20 *décembre* 1886).

D'après l'opinion régnante, la sclérose en plaques est une myélite chronique qui évolue dans le tissu interstitiel du cerveau et de la moelle, et ne donne lieu qu'à de petits foyers irréguliers au sein du tissu nerveux lui-même. Selon Charcot, chacun de ces foyers contiendrait, au centre, du tissu conjonctif inflammatoire et, à la périphérie, des masses de névroglie épaissie, entremêlée des fibres nerveuses atrophiées. Rindfleisch pense que le travail de prolifération interstitielle part des vaisseaux dont la tunique adventice est la première atteinte. Cette conception de la nature des foyers de sclérose était le résultat de l'ancienne méthode de coloration des noyaux (carmin, hématoxyline), qui ne pouvait fournir de renseignements que sur l'état des noyaux interstitiels et tout au plus sur celui des cylindres-axes. L'état de la substance nerveuse, spécialement celui des gaines de myéline, durant le processus de sclérose, échappait entièrement à l'observation.

Pour combler cette lacune, il fallait de nouvelles recherches qu'Adamkiewicz a entreprises à l'aide des nouvelles méthodes de coloration, qui permettent l'étude complète du tissu nerveux. Ces méthodes sont au nombre de 2 : celle de Weigert, basée sur l'hématoxyline, et celle de l'auteur, fondée sur la safranine. Adamkiewicz estime que sa méthode de coloration convient seule pour l'étude des conditions morbides du système nerveux central. Celle de Weigert offre, en revanche, des avantages, quand il s'agit de déterminer le trajet normal des fibres des organes centraux, parce que l'hématoxyline ne colore que les gaines de myéline et les colore en totalité et uniformément. Au contraire, la safranine, non

seulement colore différemment la myéline (en orangé) et la névroglie (en violet), mais elle permet aussi de distinguer un élément particulier des gaines de myéline : la substance chromoleptique dont l'état est important à connaître.

C'est en effet dans la substance chromoleptique que parfois la maladie commence, et on en reconnaît le début par la disparition progressive de l'aptitude de cette substance à se colorer. Lorsque finalement la myéline est complètement disparue, la safranine laisse en son lieu une tache blanche se séparant nettement du tissu normal coloré en orangé.

La safranine appliquée à l'étude de la sclérose en plaques conduit aux résultats suivants :

Dans le cerveau, les foyers présentent 3 stades de dégénération qui offrent comme caractères communs la destruction des fibres nerveuses et la persistance de la névroglie. Dans le premier stade, celle-ci est parfaitement normale. Durant le deuxième stade, il se développe au sein de la névroglie, toujours à partir de la périphérie, des éléments celluleux spéciaux auxquels on a peu fait attention jusqu'ici. Dans le troisième stade, commence une abondante prolifération de vaisseaux dont les parois s'épaississent ultérieurement. De cette description des foyers cérébraux de la sclérose en plaques, ressort clairement que la dégénération des nerfs est le fait primitif ; les altérations de la névroglie, un fait secondaire, et que les vaisseaux ne sont nullement la cause de l'atrophie des fibres nerveuses.

Dans la moelle épinière, on trouve généralement les lésions plus avancées à la partie inférieure de la région dorsale et dans la région lombaire, tandis qu'au cou on aperçoit les dégénérescences à leur début. Au niveau des points où la dégénération est le plus marquée, la substance chromoleptique est presque entièrement disparue. Les points où la dégénérescence ne fait que de commencer présentent une configuration très caractéristique. Les parties malades se groupent, dans toutes les trois paires de cordons, autour de la substance grise, d'une manière qui correspond exactement à l'arrangement et à la situation de la substance chromoleptique, dans la moelle normale. Quant aux points où la dégénération a atteint un degré moyen, ils partent dans toutes les directions des points les plus malades, en s'étendant vers la périphérie sous une forme très irrégulière.

Assez souvent aussi, les parties chromoleptiques restent d'abord saines, la maladie débutant alors par les zones périphériques et donnant lieu à une dégénération marginale. Le microscope montre que là où la dégénérescence débute, la névroglie est normale et les nerfs seuls sont malades. Au fur et à mesure qu'on s'éloigne des parties saines, les nerfs offrent une disparition progressive de la substance chromoleptique qui se montre sous forme de taches semées sur leur trajet. Par-ci, par-là, on aperçoit des nerfs présentant un gonflement variqueux, qui atteint surtout la myéline. La myéline tuméfiée se teint par la safranine, non plus en orangé, mais en rouge cerise. Il est rare que le cylindre axe soit aussi variqueux et prenne, par conséquent, la même coloration foncée ; plus fréquemment, il conserve son apparence et sa couleur (violet) normales. Quand la myéline a complètement disparu, elle laisse une lacune au sein du réseau de névroglie. La névroglie commence à s'altérer quand les nerfs ont disparu ainsi de plusieurs régions; elle se rétracte, comble les lacunes de la myéline, puis prolifère en ne produisant jamais que des éléments de névroglie. Il ne se forme pas de tissu conjonctif ordinaire dans les foyers de sclérose. Au sein de la moelle, cette prolifération débute toujours par le centre des régions dégénérées et non à leur périphérie, comme dans le cerveau. En résumé, la safranine nous montre que, dans la sclérose en plaques, on a affaire à une maladie primitive des nerfs et à une altération

secondaire de la névroglie. La dégénération des nerfs commence dans les parties chromoleptiques ou dans les éléments marginaux et s'étend de là irrégulièrement. La myéline disparaît en premier lieu après être devenue ou non variqueuse. Ensuite, le cylindre axe devient malade, soit qu'il disparaisse, soit qu'il se sclérose. Enfin, la névroglie se rétracte et prolifère. Ce sont exactement les mêmes lésions qu'Adamkiewicz a trouvées dans le tabes parenchymateux, au sein des parties chromoleptiques des cordons postérieurs. Morphologiquement, les deux affections sont donc identiques et pourraient être désignées comme dégénérations primitives, par opposition aux dégénérations secondaires ou systématiques atteignant les nerfs séparés de leurs centres nourriciers. Dans les dégénérations secondaires, la maladie débute par le cylindre axe et attaque ensuite la myéline, tandis que, dans les dégénérations primitives, c'est l'inverse qui a lieu. Mais, dans les unes et les autres, les altérations de la névroglie sont identiques et toujours secondaires. J. B.

Ueber den tuberculösen Hirnabscess (Abcès tuberculeux du cerveau), par A. FRÆNKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 18, *p.* 373, 1887).

Voici un cas où le diagnostic d'abcès tuberculeux du cerveau ne pouvait être fait sans le secours du microscope : il n'y avait pas de nodule tuberculeux visible, mais la collection purulente contenait exclusivement des bacilles tuberculeux au lieu des microbes de la suppuration.

Sujet de 23 ans, devenu subitement aphasique sept semaines avant l'entrée à l'hôpital, à la suite d'une émotion violente, puis ayant eu une paralysie passagère du membre inférieur gauche. Le 15 mars, on constate chez lui l'aphasie motrice, la monoplégie du membre supérieur gauche, la paralysie de la langue et du facial inférieur gauche. On admet donc une lésion du pied de la troisième frontale et des deux tiers inférieurs des circonvolutions centrales. Comme il n'y a pas de fièvre, pas de circonstance étiologique spéciale, comme d'autre part on constate des signes de tuberculose pulmonaire, on fait le diagnostic de tuberculose cérébrale.

Autopsie : infiltration tuberculeuse des deux sommets. L'hémisphère gauche contient un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, logé dans la substance médullaire et qui atteint les limites de l'écorce au niveau de la troisième frontale et des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, sans léser la substance grise de ces circonvolutions ; il intéresse une partie de la capsule interne. L'abcès est pourvu d'une membrane d'enveloppe épaisse de 2 ou 3 millimètres, dont la surface interne est hérissée de rugosités et de saillies.

Dans le tissu de granulations, on ne trouve pas les éléments anatomiques du tubercule, mais une quantité énorme de bacilles de Koch, qui sont également mêlés au pus et aux détritus graisseux de la collection liquide. Comme on ne trouve pas là les microbes de la suppuration, il faut bien admettre qu'après la fonte du noyau tuberculeux préexistant, ce sont les bacilles qui ont été les agents de la pyogénie. L. GALLIARD.

Anévrismes de l'aorte abdominale, avec ouverture dans la plèvre, par L. BARD et J. TELLIER (*Lyon méd.*, 27 *mars* 1887).

Relation d'un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale, chez un homme de 65 ans, avec rupture dans la plèvre. L'anévrisme siégeait à l'origine de l'aorte abdominale et avait passé inaperçu, en raison d'accidents de dyspnée dus à de l'emphysème avec bronchite, dilatation aortique et hypertrophie du cœur.

Après avoir cité les rares exemples de ce genre, les auteurs concluent

que, toutes les fois que l'anévrisme aura ce siège élevé, la rupture aura de la tendance à se faire à la partie supérieure, à fuser le long de la colonne à travers le diaphragme et à faire irruption dans la plèvre. A. C.

Vollkommene Obliteration der Aorta, par PALTAUF (*Société des méd. de Vienne, 7 janvier* 1887).

Chez une femme de 33 ans, morte subitement, le cœur a des dimensions énormes. La paroi contient des plaques calcaires. Rétrécissement mitral et aortique. Oblitération de l'aorte entre le canal artériel et l'origine de l'artère sous-clavière gauche. Cette oblitération n'est pas congénitale, mais acquise. La circulation s'est faite par les artères sous-clavières et leurs branches d'une part, et de l'autre par les mammaires internes, thoraciques antérieures et intercostales. Ces artères sont très développées. L. GALLIARD.

Ueber die schräge Gesichtsspalte (De la division congénitale oblique de la face), par MORIAN (*Berlin. klin. Woch., n.* 47, *p.* 820, 22 *novembre* 1886).

Pour Kœlliker, la fissure oblique de la face est la prolongation d'un bec-de-lièvre ordinaire et doit être regardée comme une gouttière oculo-nasale persistante. Pour Albrecht, au contraire, la division oblique de la face n'a rien à voir avec le bec-de-lièvre; elle représente le sillon stomato-orbitaire embryonal resté béant et au lieu de passer par le nez, comme le veut Kœlliker, elle passe en dehors.

Le but de Morian est de prouver que Kœlliker et Albrecht ont raison l'un et l'autre, mais que leurs théories ne suffisent pas à expliquer tous les cas, car il est une espèce de fissure à trajet encore plus externe que les deux précédentes. Morian sépare en effet en 3 groupes les divisions obliques de la face.

La première forme correspond parfaitement à celle de Kœlliker : la fissure commence dans les parties molles latérales de l'ourlet de la lèvre supérieure, à la façon d'un bec-de-lièvre, passe ensuite à travers le nez, puis en contourne l'aile, arrive à travers l'angle interne de l'œil dans la fente palpébrale, et de là se rend obliquement au front, en passant à travers l'angle externe de l'œil. Mais la fissure ne parcourt pas toujours la totalité de ce trajet; tantôt elle se termine au-dessus de l'aile du nez; tantôt la lèvre supérieure est simplement entaillée et la division se borne à l'espace compris entre le nez et l'orbite ; le plus habituellement, toutefois, elle s'étend de la bouche, à travers le nez, jusqu'à la fente palpébrale. Conséquemment, la fissure osseuse se trouve entre les intermaxillaires externe et interne ; le vomer, le nasal, l'unguis, l'ethmoïde se trouvent en dedans, l'intermaxillaire externe et la maxillaire supérieur en dehors.

La division peut encore se continuer entre le frontal et le zygomatique, au-dessus de l'orbite. La profondeur de la fissure varie d'une simple encoche du rebord alvéolaire entre la première et la deuxième incisives jusqu'à une large fente. En général, le canal lacrymal est béant et il coexiste une gueule-de-loup.

La deuxième forme répond à peu près à celle d'Albrecht : la fissure commence à la lèvre supérieure, à peu près au même niveau qu'un bec-de-lièvre, mais au lieu de passer par le nez, elle passe en dehors de l'aile du nez et arrive, à travers l'angle interne de l'œil ou la paupière

inférieure, à la fente palpébrale, et de celle-ci, à travers l'angle externe de l'œil ou la paupière supérieure, jusqu'au front; ordinairement, elle s'étend de la bouche à la fente palpébrale. Sur l'os, la division est placée entre l'intermaxillaire externe, le nasal, l'unguis et l'ethmoïde d'un côté, et le maxillaire supérieur de l'autre, en dedans du trou sous-orbitaire. Ici encore, la profondeur de la fissure varie entre une légère entaille du rebord alvéolaire située entre deux incisives, ou plus souvent entre la canine et l'incisive voisine, jusqu'à un hiatus plus ou moins large. Le canal lacrymal est le plus souvent clos et il coexiste, soit un bec-de-lièvre simple, soit une gueule-de-loup.

La troisième forme est plus rare: la division parcourt les parties molles, depuis la commissure labiale, en traversant la joue et la paupière inférieure, ou bien les angles oculaires, jusqu'à la fente palpébrale, tandis que sur l'os la division s'étend du rebord alvéolaire, en dehors de la canine, à travers le corps du maxillaire supérieur vers l'orbite. Tantôt le palais est intact, tantôt il existe un bec-de-lièvre incomplet.

Chacune de ces 3 formes peut être bilatérale; d'autre part, la fissure peut n'intéresser que les parties molles, ou au contraire pénétrer jusque dans les os.

Morian montre, sur des crânes pathologiques, la vraisemblance de l'existence des 4 os intermaxillaires chez l'homme, déjà soutenue par Autenrieth au siècle dernier, et plus tard par Meckel et par Leuckart. Il prouve ensuite que la situation des incisives n'a pas, pour la pathogénie du bec-de-lièvre, toute l'importance qu'on lui a attribuée; car, dans les cas de monstruosités, on en trouve implantées sur le maxillaire supérieur même.

Morian a connaissance de 33 faits de division congénitale oblique de la face; pour 18 d'entre eux, la division était bilatérale. Parmi les 15 divisions unitalérales, il y en avait 5 compliquées d'une fissure de la lèvre supérieure ou de la joue du côté opposé. 25 fois sur 33, il existait en même temps quelque anomalie du cerveau; encéphalocèle, hydrocéphalie, ou des vestiges d'adhérences de l'amnios au crâne, ou même les deux catégories de lésions à la fois. Sur les 8 cas restants, 3 seulement étaient des crânes parfaitement normaux, parce que la division avait guéri *in utéro;* 23 de ces monstres étaient des mort-nés ou n'ont vécu que peu d'heures ou peu de jours. Des 8 survivants, 7 étaient des fissures unitalérales sans anomalie du cerveau et 1 une fissure double.

En terminant, Morian présente 2 jeunes filles de 17 ans et de 19 ans, sur lesquelles il montre les vestiges d'une ancienne division congénitale de la face, bilatérale chez la première, tandis que la seconde a les mains et les pieds mutilés par des amputations spontanées dues à des brides amniotiques. J. B.

Demonstration eines Falles von Hyperrhinencephalie, par BENDA (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 889, 20 *décembre* 1886).

Type de monstruosité faciale non encore décrit, tenant à une hypertrophie des bulbes olfactifs. Le fœtus, âgé de 4 mois, offre au niveau de la racine du nez deux protubérances qu'à première vue on est tenté de prendre pour les yeux, lesquels sont plus en dehors et parfaitement normaux. Après avoir

enlevé les téguments craniens, on reconnaît que ces protubérances correspondent à l'extrémité antérieure des bulbes olfactifs. En effet, les bulbes olfactifs, au lieu d'être recouverts par les hémisphères cérébraux, sont tellement hypertrophiés qu'ils les débordent en avant et viennent faire saillie à la face, recouverts seulement par la peau.

Les écailles des os frontaux ne sont pas soudées entre elles, ni unies à la portion nasale du frontal au niveau de l'angle inférieur interne qui offre ainsi une fissure du crâne. Le visage est d'ailleurs parfaitement conformé.

J. B.

Ein Fall von Zwerghaftigkheit u. s. w. (Nanisme et étiologie de l'arrêt de la croissance), par F. ROHRER (*Arch. f. path. An. u. Phys. CI, Heft* 1, *p.* 197).

L'auteur rapporte simplement l'observation d'un jeune homme de 20 ans. A la suite de deux chutes ayant déterminé des traumatismes violents de la région occipitale, l'une à l'âge de deux ans, l'autre à l'âge de 11 ans, le jeune sujet a vu sa croissance arrêtée. Il a $1^{m}20$. Sa voix, ses organes génitaux sont ceux d'un enfant de 5 ou 6 ans. L'auteur cite ce fait à cause des traumatismes subis par le cerveau, qui ont paru déterminer cet arrêt de croissance et se demande si le traumatisme des centres nerveux n'a pas une influence importante sur les arrêts de développement. P. GALLOIS.

Zur Kenntniss der angeborenen Sacralgeschwülste (Tumeurs congénitales de la région sacrée), par K. MIDDELDORPF (*Arch. f. path. An. u. Phys., CI, Heft* 1, *p.* 37).

Il s'agit d'une tumeur voisine de l'anus, laquelle présentait deux petits orifices extérieurs dont l'un laissait écouler une matière fécaloïde. La tumeur, enlevée par Kraske à une petite fille d'un an, fut examinée au microscope. Sa structure était celle de l'intestin contre lequel elle était adossée sans cependant communiquer avec lui, la muqueuse contenait une grande quantité de follicules clos; il y avait deux couches de fibres musculaires lisses à directions réciproquement perpendiculaires, pas de séreuse ; le tout était enveloppé par un tissu adipeux abondant. Les matières contenues dans cet intestin anormal étaient formées de débris épithéliaux contenant une grande quantité de graisse et d'acides gras. On n'y trouvait aucun acide ou pigment biliaire.

L'auteur ne croit pas devoir accepter l'hypothèse d'une double formation embryonnaire du rectum, ni celle d'une invagination d'un fœtus parasitaire. Il croit trouver l'interprétation de ce vice de conformation dans l'évolution d'un « canal névro-entérique » signalé par Kowalewsky chez les vertébrés inférieurs (ascidie, amphioxus, etc.) et reliant au début de la vie fœtale l'intestin et l'épendyme. Cet organe transitoire a été retrouvé par Owsjannikow, N. Wagner, N. Bobretzky, Götte, Balfour, His, chez divers animaux. Kœlliker et Gasser l'ont vu sur des embryons de poulets et de lapins, enfin His et H. Fol l'ont même signalé sur un embryon humain d'un mois. L'auteur croit donc à la persistance anormale d'un organe à existence ordinairement transitoire. P. GALLOIS.

Les vestiges du segment caudal de la moelle épinière et leur rôle dans la formation de certaines tumeurs sacro-coccygiennes, par G. HERRMANN et F. TOURNEUX (*Compt. rend. Acad. des sciences,* 9 *mai* 1887).

L'évolution du segment caudal de la moelle épinière de l'embryon présente ce fait remarquable, que ce segment tend, par son extrémité, à s'éloigner du coccyx, et qu'il s'incurve en arrière et en haut, de

façon à décrire une sorte d'anse à concavité supérieure. Au cours du quatrième mois, chez le fœtus humain, la branche directe ou descendante de cette anse s'atrophie graduellement et disparaît, tandis que la branche réfléchie ou ascendante persiste sous la forme de vestiges qui, au cinquième mois, forment une petite masse blanchâtre d'environ 2 millimètres de long, située entre les lobules les plus superficiels du panicule adipeux, et se présentent sur la coupe sous l'aspect de conduits flexueux tapissés par un épithélium stratifié à évolution histologique rappelant à la fois celle du tube médullaire et celle de l'épiderme. Sur les fœtus plus âgés, ces vestiges s'atrophient peu à peu. Mais Herrmann et Tourneux ont observé divers cas de tumeurs coccygiennes formées en parties de tissu nerveux embryonnaire, et par conséquent n'hésitent pas à considérer ces tumeurs comme dérivant d'un reste de la moelle caudale ; ils montrent combien ces cas concordent avec celui où Robin reconnut des myélocytes dans une tumeur sacro-coccygienne d'un nouveau-né, et ils pensent que sous le nom de *cysto-sarcomes* de cette région, on décrit souvent de véritables tumeurs nerveuses. M. DUVAL.

Ueber Pseudotrichinose, eine besondere Form von acuter parenchymatöser Polymyositis (De la pseudo-trichinose, forme particulière de myosite aiguë parenchymateuse multiple), par Paul HEPP (*Berlin. klin. Woch.*, n. 17, *p.* 297, 25 *avril, et n.* 18, *p.* 322, 2 *mai* 1887).

Il s'agit d'une forme de myosite aiguë multiple de cause inconnue vraisemblablement infectieuse dont les symptômes simulent ceux de la trichinose. Dans toute la littérature médicale, Hepp n'a trouvé que deux cas analogues. L'un est celui relaté par Potain (*Bulletin Soc. méd. des hôpitaux*, 1875) sous le nom de morve chronique de forme anormale ; l'autre a été pris par Marchand (*Breslauer Aerzte Zeitschrift*, 1880) pour une trichinose, diagnostic que l'autopsie n'a pas confirmé. Il est remarquable que le malade de Hepp et les malades de Potain et de Marchand ont succombé tous trois à une broncho-pneumonie. A. C.

Femme de 36 ans sans antécédents morbides. Durant quinze jours ou trois semaines, malaise et lassitude, puis brusquement apparition d'un exanthème et d'une angine qui disparurent assez rapidement ; l'éruption, limitée à la face, se composait de taches rouges, ni saillantes, ni prurigineuses et serrées les unes contre les autres. Huit jours après cette éruption surviennent des douleurs rhumatoïdes, d'abord dans le dos, puis dans les 4 membres. Ensuite la face et les membres sont affectés d'un œdème dur : celui de la face persiste peu et laisse seulement un peu de gonflement palpébral. Aux membres supérieurs, le gonflement débute par les coudes et atteint là son maximum donnant à l'ensemble du membre un aspect fusiforme. Tandis que les articulations sont libres, les muscles deviennent de plus en plus rigides et très douloureux dans les moindres mouvements ; bientôt il s'agit de véritables contractures avec intervalles de crampes douloureuses. L'appétit, exagéré au début, reste toujours bon. La soif est vive, les sueurs sont profuses, les urines rares, albumineuses ; il existe de la fièvre surtout vespérale, de l'insomnie, une faiblesse croissante, de la constipation. Sensibilité intacte. Disparition de l'excitabilité électro-musculaire. Absence des réflexes tendineux. Hyperesthésie cutanée intense. Peu à peu tous les muscles du corps sont pris de contracture, à l'exception de ceux du visage, de la langue, du cœur, de la vessie et du diaphragme. Les troubles initiaux de la déglutition

sont remplacés par une paralysie du palais qui entraîne la mort par broncho-pneumonie dans la 11e semaine de la maladie.

Autopsie : Outre les lésions pulmonaires ultimes et une hydronéphrose droite, cause de l'albuminurie, on ne trouve d'autre motif de la maladie qu'une dégénération hyaline cireuse de tous les muscles striés. A l'œil nu, cette altération est déjà reconnaissable à des modifications de teinte (pâleur des muscles ressemblant à la chair de lapin ou de poisson) de consistance (friabilité extrême et imbibition). Le microscope révèle une dégénération purement hyaline, sans trace d'altération granuleuse ou graisseuse. Pas de trichines ni de bacilles morveux (La muqueuse nasale n'a pas été examinée). Le cerveau, la moelle, les nerfs et les artères étaient intacts. F. B.

Sur la multiplication des cellules de la moelle des os par division indirecte dans l'inflammation, par V. CORNIL (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 9 *mai* 1887).

Dans la moelle artificiellement enflammée du fémur du cobaye on trouve trois variétés de cellules, dans les noyaux desquelles on observe les figures de la division indirecte ou karyokinèse.

1° Des globules blancs, lymphatiques, où la division indirecte suit les modes indiqués par Flemming;

2° Des cellules sphériques appartenant en propre à la moelle, et dont les noyaux, à l'état de repos, sont arborescents, en couronne, réticulés, etc. Au début du processus de division, la nucléine se dispose en filaments en couronne, qui peu à peu se condensent en une boule, un peloton solide, d'aspect homogène représentant la plaque nucléaire équatoriale. Celle-ci se divise en deux moitiés, qui s'éloignent sous forme de deux plaques polaires, ce processus étant aussitôt suivi de la séparation de la cellule en deux cellules plus petites;

3° Les grandes cellules de la moelle, myéloplaxes, cellules géantes, dans lesquelles on observe les mêmes modes de division karyokinétique. M. DUVAL.

Sur le procédé de division indirecte des noyaux et des cellules épithéliales dans les tumeurs, par V. CORNIL (*Archiv. de physiologie*, 1er *octobre* 1886).

L'auteur a étudié le processus karyokinétique dans plusieurs carcinomes, épithéliomes et papillomes.

Dans deux tumeurs cancéreuses du sein, se montraient des images très nettes de division indirecte des noyaux cellulaires en deux, et dans une troisième tumeur existaient, en même temps que la division par deux, de nombreuses figures de division indirecte par trois. Les images karyokinétiques n'apparaissaient que dans les cellules épithélioïdes contenues dans les alvéoles.

Il n'y en avait point dans le tissu conjonctif des cloisons. Si cette observation était confirmée par l'examen minutieux d'une série de tumeurs de même nature, on devrait en conclure que le carcinome, une fois formé, s'accroît par la formation de cellules aux dépens des cellules épithélioïdes et non aux dépens du tissu conjonctif du stroma. Il s'agirait donc d'un îlot de cellules épithélioïdes métatypiques et hétérotopiques qui poursuivraient leur évolution en se reproduisant elles-mêmes. Les alvéoles contenaient presque constamment, en même temps que des cellules épithéliales, des cellules migratrices, vraisemblablement

destinées à porter aux cellules épithéliales des matériaux de nutrition utiles à leur accroissement et à leur segmentation.

Dans un épithéliome papillaire à cellules cylindriques du sinus maxillaire, la division indirecte d'un seul noyau en trois noyaux pouvait être suivie d'une façon complète. Dans un épithéliome à cellules pavimenteuses, l'on voyait également des figures de karyokinèse et l'on constatait l'imbrication autour de certaines cellules hypertrophiées des éléments cellulaires contigus refoulés et aplatis.

L'on était, par cette constatation, conduit à supposer que c'est là sans doute le mode de formation le plus commun des globes épidermiques. Enfin, dans quelques papillomes des organes génitaux et du pourtour de l'anus, la karyokinèse pouvait également être suivie et étudiée. A. GILBERT.

Mycosis mucorina, par Arnold PALTAUF (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, *CII*, *Heft* 3, *p.* 543).

Paltauf rapporte une observation suivie d'autopsie d'une affection rare, parasitaire, produite par une mucorinée. Le malade fut pris, huit jours avant son entrée à l'hôpital, d'une entérite, suivie bientôt de péritonite. Puis survinrent des phénomènes pulmonaires et des accidents cérébraux presque comateux. En outre, à l'autopsie, on s'aperçut de l'existence d'un phlegmon pharyngo-laryngien. Dans le liquide de ce phlegmon, on reconnut la présence de filaments de mycélium. En étudiant les caractères de cette mucorinée, l'auteur croit pouvoir l'identifier avec le mucor corymbifer décrit par Lichtheim et Hückel. Il n'a pas cherché à faire de cultures de ce parasite. Les lésions intestinales consistaient en ulcérations dans le fond et les bords desquelles on rencontrait le mycélium pathogène. Celui-ci avait pénétré jusqu'à la couche musculaire circulaire; en outre, les vaisseaux étaient remplis de ses végétations. Paltauf pense que l'invasion du parasite s'est faite par la veine porte, mais le foie est resté sain. De là, le champignon serait parvenu au cœur, puis au poumon. Dans cet organe, on constate des foyers de pneumonie avec dégénérescence du tissu normal, et développement de la mucorinée; sur certains points, on trouve des abcès miliaires contenant un mycélium rayonné comme dans une véritable culture. Le cerveau présente également des abcès.

P. GALLOIS.

On the increase in number of white corpuscles in the blood in inflammation (Leucocytose dans les inflammations), par T. GOSTLING (*Medico-chir. Trans.*, *LI*, *p.* 183).

Les cas examinés par Gostling sont de deux catégories. Les uns sont des exemples de véritables foyers suppurés (abcès iliaques, psoïtis, phlegmon amygdalien, etc.); les autres, d'inflammations des séreuses et de maladies fébriles générales.

Dans les cas de suppuration franche, le nombre des leucocytes du sang s'accroît constamment, pour tomber dès que l'évacuation de la poche purulente a eu lieu naturellement ou artificiellement. (Résultat déjà constaté par Malassez.)

Chez les phtisiques atteints de suppuration des cavernes pulmonaires, mêmes résultats, un peu moins nets, suivant que l'élimination des crachats se fait avec plus ou moins de facilité.

Dans les inflammations des membranes séreuses et des articulations (pleurésie, rhumatisme), il n'y a pas d'accroissements du nombre des

globules blancs, il y a même diminution du chiffre normal pendant la convalescence.

Pour les pyrexies comme la fièvre typhoïde, les résultats sont variables : il y a des cas où la leucocytose existe; plus souvent peut-être elle manque. H. R.

De la leucocytose dans les cancers, par G. ALEXANDRE (*Thèse de Paris*, 1887).

Les conclusions de cet intéressant travail sont les suivantes :

Presque toujours la présence d'un cancer se traduit par une augmentation des leucocytes dans le sang, mais il y a des variétés suivant l'espèce du cancer. Ainsi, les squirres et encéphaloïdes du sein s'accompagnent d'une leucocytose fréquente, mais non constante; les ostéosarcomes, au contraire, entraînent la leucémie toujours, et d'une façon bien plus prononcée que les autres cancers.

Les cancers viscéraux se comportent de même : l'encéphaloïde du foie et du testicule s'accompagne de leucocytose : celle-ci ne paraît pas se produire pour les squirres du pancréas. Les cancers de l'estomac n'entraînent la leucémie que dans la moitié des cas.

Les épithéliomes non suppurés ne donnent jamais lieu à la leucémie : la constatation de ce symptôme doit faire penser à une autre néoplasie. L'ablation d'une tumeur cancéreuse, quand il n'y a pas généralisation, supprime la leucémie : c'est là un fait important qui pourra servir au diagnostic des récidives viscérales des cancers opérés. H. R.

Ueber Ranula pancreatica, par VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 248, 4 *avril* 1887).

Par analogie avec les tumeurs des glandes salivaires, Virchow réunit sous le nom de grenouillette pancréatique toutes les tumeurs kystiques de la région du pancréas. Voici les principaux types que Virchow a observés :

1° La plus grosse tumeur de ce genre est un sac à parois épaisses, de la grosseur de la tête, adhérant par une de ses faces à l'estomac, tandis que sur les autres faces, tant à l'œil nu qu'au microscope, on peut suivre le tissu pancréatique dans l'épaisseur des parois. Bien que ce sac occupe exactement l'emplacement du canal de Wirsung, Virchow n'ose affirmer qu'il résulte uniquement de la dilatation de ce conduit, vu la constitution spéciale des parois du kyste;

2° Le deuxième type des kystes pancréatiques est représenté par des tumeurs moins volumineuses, résultant d'une dilatation universelle de l'organe, formant une série de sacs à parois lisses, disposés comme les grains d'un chapelet. Ici il est évident que le canal de Wirsung est dilaté sur toute sa longueur, mais il n'en est pas de même des conduits secondaires qui s'y abouchent. Jamais, en tout cas, la dilatation des conduits ne s'étend jusqu'à leurs dernières ramifications. Par-ci par-là, on aperçoit, au sein du tissu pancréatique, de petites vésicules dont les plus grosses représentent des têtes d'épingle et qui sont remplies d'une matière gélatineuse, vitreuse, albuminoïde;

3° A côté de ces ectasies en chapelet, très analogues à celles de la dilatation bronchique, on rencontre des dilatations sacciformes, isolées, en

un point quelconque de l'organe. Il s'agit alors de pancréas accessoires dont le canal excréteur est dilaté;

4° Enfin, on peut observer au centre même de l'organe un kyste de la grosseur d'un œuf de poule, à parois presque entièrement ossifiées.

En dehors de ces tumeurs pancréatiques, il en est une série nées au voisinage du pancréas et qui, par les progrès de leur développement, arrivent à présenter la même situation et les mêmes rapports (kystes ou grand épiploon). J. B.

I. — Rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, par D. SANCHEZ TOLEDO (*Thèse de Paris* 1887).

II. — De l'adénopathie axillaire au cours de la tuberculose du poumon, par J. GRANCHER (*Bulletin méd.* 17 *août* 1887).

I et II. — L'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle paraît liée à la tuberculose pleuro-pulmonaire. Elle peut être isolée ou associée aux adénopathies sus-claviculaires, cervicales et trachéo-bronchiques. Il en résulte trois types cliniques principaux :

Dans le premier, l'adénite axillaire paraît isolée; elle est liée cependant à une tuberculose pleuro-pulmonaire apparente ou méconnue;

Dans le deuxième, l'adénite axillaire succède à l'adénopathie trachéo-bronchique et sus-claviculaire, qui sont elles-mêmes la conséquence d'une tuberculose pulmonaire facile à diagnostiquer;

Dans le troisième, elle succède à l'adénopathie sous-maxillaire, cervicale et sus-claviculaire et précède ou accompagne le développement de la tuberculose pleuro-pulmonaire (phtisie scrofuleuse des anciens).

D'après les auteurs, toute adénopathie axillaire doit éveiller l'idée de tuberculose pulmonaire. A. C.

Contribution à la question de l'identité des parasites pathogènes du sang chez l'homme avec les hématozoaires chez les animaux sains, par DANILEWSKY (*Centr. f. d. med. Wiss.*, *n.* 41 *et* 42, 1886, *et Arch. slaves de Biologie*, *t. III*, *p.* 2).

L'auteur retrouve, dans ses recherches sur le sang des oiseaux, et aussi des reptiles, les mêmes parasites que Laveran d'une part, Marchiafava et Celli de l'autre ont décrits dans les cas de malaria.

On sait que, dans la description de Marchiafava et Celli, la succession des phases par lesquelles passe le parasite est celle-ci : 1° Il forme d'abord dans le globule une plasmodie mobile « Hacmoplasmodium » qui n'a pas son correspondant dans le sang des oiseaux et reptiles sains; 2° Puis cette plasmodie s'étant accrue devient une « pseudo-vacuole » dont la croissance absorbe de plus en plus la substance du globule et dont la présence détermine la transformation de l'hémoglobine en mélanine, qui infiltre le parasite. Chez certains oiseaux, l'auteur a signalé des « pseudo-vacuoles » avec grains noirs de mélanine; 3° Le parasite se constitue des fouets; il peut alors se détacher du globule en totalité, ou bien détacher de son propre corps des fouets; ce sont là les « pseudospirilli malariæ », représentant l'état adulte du parasite. Dans le sang des oiseaux, Danilewsky a trouvé des hématozoaires infusiriformes semblables, qu'il a nommés « polimitus ». Il conclut donc, sinon à l'identité, du moins à la parenté très proche des hématozoaires des oiseaux, et du parasite de la malaria, et propose le nom de « polimitus malariæ ». A. P.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Influence des variations de la température sur la sécrétion de la bile, par M.-A. DOCKMANN (*Arch. slaves de Biologie, t. II, p.* 356-375, 1886).

Les expériences ont porté sur des chats, et de leur ensemble il ressort que l'excrétion biliaire s'établit à partir d'un minimum donné de température, s'accroît avec cette dernière jusqu'à un maximum, puis, si l'élévation thermique continue, elle tombe à zéro. Une marche inverse de la température provoque une variation également inverse dans la vitesse sécrétoire. Les températures (rectales) qui donnent lieu au premier minimum, au maximum, et au deuxième minimum de sécrétion, ne sont pas identiques pour tous les individus, mais peuvent varier entre les limites de 2° environ. Chez le même animal observé à des moments différents, on peut constater une certaine oscillation des points thermiques indiqués. La limite thermique inférieure pour la sécrétion est de 27°,4 à 29°,5 ; le maximum de 41°,4 à 44°,1.

Outre ces résultats, l'auteur rapporte encore ceux qu'il a obtenus relativement aux modifications de la pression biliaire, et de la composition chimique de ce produit sous les mêmes influences. Il a vu que la pression biliaire ne se conforme pas aux variations de vitesse de sécrétion et que les changements de température ne modifient pas d'une façon sensible la composition de la bile. D'où cette conclusion que, la bile étant considérée comme le produit du travail de la cellule hépatique, les influences thermiques ne s'exercent que sur la *quantité* du travail de la cellule en question. A. NICOLAS.

Der Curarediabete (Le diabète curarique), par O. LANGENDORFF (*Archiv für Physiologie, p.* 138, 1887).

Chez les grenouilles rendues diabétiques par le curare, le foie conserve son aspect normal et sa richesse en glycogène. D'ailleurs l'extirpation de cet organe n'empêche pas la glycosurie de se produire à la suite de l'empoisonnement par le curare. Dans ce dernier cas, les muscles contenaient encore du glycogène. Il sera bon de reprendre les expériences sur lesquelles on s'était basé pour affirmer l'origine hépatique du sucre urinaire dans le diabète curarique.

On sait que V. Mering a montré que l'empoisonnement par la phloridzine s'accompagne de diabète chez la grenouille, même après l'extirpation du foie. Pour le diabète strychnique, au contraire, l'intégrité du foie est nécessaire. L. F.

Ueber die nach Verschluss der Hirnarterien auftretenden Augenbewegungen (Sur les mouvements des yeux qui se produisent après oblitération des artères cérébrales), par KNOLL (*Sitz. d. k. Ak. d. Wien., octobre* 1886, 14 *pages*, 4 *pl.*)

L'auteur a obtenu chez le lapin, au moyen d'un appareil enregistreur

spécial, des tracés de ces mouvements des yeux que Kussmaul a le premier signalés, comme consécutifs à l'oblitération des artères cérébrales. Les mouvements ne sont pas simples, ainsi que Kussmaul l'avait dit ; tous les muscles de l'œil peuvent entrer simultanément en action pour produire des mouvements combinés d'une façon très diverse, et même ayant le caractère de mouvements associés. Ces phénomènes disparaissent subitement lorsque la cause de l'anémie cérébrale a disparu. A. PRENANT.

Ueber die Circulation im Schädel nach einer Gehirnerschütterung (**La circulation crânienne après la commotion cérébrale**), **par ALBERT** (*Soc. des méd. de Vienne*, 29 *avril* 1887).

L'auteur met à nu, chez un chien curarisé, la veine qui constitue le prolongement du sinus transverse et compte les gouttes qui s'en écoulent. D'autre part, il met l'artère crurale en communication avec le kymographion.

Cela fait, il donne des coups de marteau sur le crâne. Dès les premiers coups, la rapidité de l'écoulement veineux s'accroît, tandis que le pouls se ralentit et que la pression artérielle augmente.

Mais la pression s'abaisse au bout d'un temps assez court sans que l'écoulement veineux diminue. Cet écoulement peut rester rapide pendant 25 minutes.

Il y a donc ici dilatation considérable des vaisseaux craniens, comme dans les expériences de Gärtner et Wagner qui électrisent la surface du cerveau. L. GALLIARD.

An experimental study of the effects of puncture of the heart (cœur) in cases of chloroform narcosis, par B.-A. WATSON (*Med. News*, 4 *juin* 1887).

Watson a recherché les effets de la ponction du cœur dans 60 expériences d'asphyxie par anesthésie chloroformique. 50 chiens furent endormis par doses massives sans mélange d'air : 10 eurent une anesthésie graduelle, avec mélange d'air. Dans ces 10 derniers cas, le cœur ne cessa de battre qu'après l'arrêt complet de la respiration ; d'une façon générale, au contraire, dans les cas de narcose rapide, la respiration se prolongea de 5 secondes à 2 minutes après l'arrêt du cœur.

Les ponctions ont porté 28 fois dans le ventricule droit ; 6 fois dans le ventricule gauche ; 6 fois dans l'oreille droite ; 3 fois dans la veine cave supérieure ; 2 fois dans la veine cave inférieure ; 2 fois à la pointe du cœur ; 1 cas sans indication. Les résultats de cette ponction furent la résurrection de l'animal dans 10 cas, 9 ponctions du ventricule droit, une de l'oreillette droite.

Watson estime que la ponction du cœur, notamment du ventricule droit, peut être recommandée, dans les cas d'asphyxie chloroformique, pour stimuler l'action du cœur. Les résultats seront surtout favorables si l'on peut extraire par l'aiguille une certaine quantité de sang. A. C.

Thermo-elektrische Messungen von Entzündungsherden (**Mensuration thermo-électrique des foyers inflammatoires**), **par MAXIMOW** (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 583, 1886).

L'auteur introduit l'aiguille thermo-électrique dans la fistule résultant

de l'ouverture d'un panaris chez un homme de 46 ans : il mesure 37°,5, tandis que dans l'aisselle il trouve 40°, c'est-à-dire 2°,5 de plus.

Dans un cas d'ostéomyélite avec abcès axillaire, le foyer inflammatoire fournit une température de 39°,7, tandis que dans l'aisselle du côté opposé on obtient 40°.

Chez un troisième sujet, atteint de panaris, même écart de 0°,3 en faveur de l'aisselle.

Les irritations expérimentales chez les animaux fournissent des résultats analogues : les foyers de suppuration ont toujours une température inférieure à celle du rectum. L'écart varie de 0°,5 à 3°,5. L. GALLIARD.

Sur la théorie des inoculations préventives, par A. CHAUVEAU (*Revue de médecine*, 10 *mars* 1887).

L'immunité acquise après une maladie infectieuse naturelle ou après une inoculation préventive est peut-être due en certains cas à la soustraction par la première évolution virulente, des matières propres à la culture du microbe spécifique dans l'organisme animal. Mais cette immunité résulte surtout, d'après Chauveau, d'une résistance créée par cette première évolution, à une seconde évolution de l'agent infectieux. Cette résistance serait selon toute probabilité le fait de l'imprégnation de l'organisme animal par une matière soluble et diffusible, soit le poison spécifique engendré par la multiplication des microbes pathogènes, soit toute autre substance résultant de la vie microbienne, c'est-à-dire de l'évolution infectieuse. Ce poison ou cette substance qui engendre l'immunité, peut se développer en dehors de l'organisme qu'on veut protéger, et remplir son office préventif si elle est douée d'une grande activité et introduite dans l'économie en quantité suffisante. Il n'existe aucune différence essentielle entre l'inoculation préventive pratiquée après la contamination et celle qui est pratiquée avant. Dans les deux cas, il s'agit d'arriver à produire l'immunité assez vite ou assez tôt pour prévenir l'évolution infectieuse qui suivrait la contamination si celle-ci était abandonnée à sa marche naturelle.

Chauveau montre donc en somme dans ce mémoire que l'immunité communiquée par les diverses méthodes d'inoculation préventives est acquise au fond par le même mécanisme. C. GIRAUDEAU.

Sur la transmission des maladies infectieuses par contagion miasmatique, par CADÉAC et MALET (*Lyon méd.*, 26 *juin* 1887).

Ne trouvant pas dans l'air expiré (voy. *R. S. M.*, XXX, 54) une cause de contagion par dissémination des germes, les auteurs ont cherché si les contages pouvaient être entraînés dans l'atmosphère par des émanations putrides, ou si les eaux infectées, balayées par le vent, pouvaient céder quelques-uns des micro-organismes qu'elles renferment.

Pour résoudre ces questions, Cadéac et Malet ont soumis des séries d'animaux aux inhalations, dans un milieu calme ou agité, de débris cadavériques d'animaux morts de diverses affections virulentes : clavelée, charbon, tuberculose, morve et septicémie. Aucune de ces maladies n'a pu être transmise par les émanations cadavériques, même lorsque l'évaporation normale était légèrement accrue par une augmentation de

température, ou lorsque la surface des matières était balayée par un fort courant d'air.

Comme preuve complémentaire, Cadéac et Malet ont inoculé l'eau obtenue par la condensation de la vapeur d'eau contenue dans ces produits d'émanations putrides, le tout sans succès.

Les expériences destinées à chercher si les germes entraînés par l'eau pouvaient être rendus à l'atmosphère par l'influence du vent qui en balaye la surface, sont restées négatives. Tant que l'eau n'est pas évaporée complètement, les germes restent emprisonnés dans le liquide. A. C.

Préparation des pommes de terre pour la culture des bactéries, par ESMARCH (*Centralblatt f. Bacteriol, t. I, n° 1*).

Comme simplification du procédé classique, l'auteur conseille, après la préparation habituelle de la pomme de terre, de la couper en tranches de 1 centimètre d'épaisseur environ, qu'on place dans de petits cristallisoirs de même grandeur, préalablement stérilisés; le tout stérilisé de nouveau dans l'étuve à vapeur, peut être conservé, sans dommage, pendant des mois entiers. W. OETTINGER.

Untersuchungen über den Keimgehalt des Lanolins (Recherches sur l'existence de germes dans la lanoline), par FRAENKEL (*Centralblatt f. Bact., n° 5, 1887*).

La conclusion qui ressort des recherches de l'auteur, c'est que la lanoline bien préparée ne contient, dans aucun cas, des microbes pathogènes, en particulier des spores charbonneuses; de nombreux essais de culture sont toujours restés stériles, et lorsque quelques colonies microbiennes se développèrent, il s'agissait toujours de micro-organismes vulgaires, la plupart provenant d'une exposition prolongée à l'air de la substance médicamenteuse. W. OETTINGER.

Recherches sur les micro-organismes de la bouche, par VIGNAL (*Archives de Physiologie, 15 novembre 1886*).

A l'état normal, le tartre dentaire et l'enduit lingual contiennent dix-huit espèces de micro-organismes. Dix-sept espèces ont été isolées par l'auteur; seul le spirochete denticula n'a pu être cultivé. Parmi les dix-sept espèces isolées, sept sont déjà connues : ce sont le staphylococcus pyogenes albus, le lepthotrix buccalis, le bacille de la pomme de terre, le bacterium termo, le bacillus subtilis et le vibrio-rugula. Quant aux autres, elles n'ont pas été décrites ou bien l'ont été d'une façon insuffisante. Pour le moment, on peut se contenter de les désigner par une lettre.

Le micro-organisme *a* est probablement le *d* de Miller. C'est un microcoque ayant de 0μ,7 à 0μ,5 de diamètre, ne formant pas de chaînes, ni de groupes réguliers.

L'organisme *b* est un bâtonnet assez gros, à extrémités coupées carrément, souvent disposé en chaînettes, mesurant de 1μ,5 à 4μ de longueur.

L'organisme *c* est probablement le bacillus alvei; c'est un bacille court et trapu, de 1μ,2 de longueur. Ses extrémités sont coupées

carrément et il forme souvent de courtes chaînettes. Les articles sécrètent une substance qui les fait fortement adhérer les uns aux autres.

Le microbe *d* est un bacille dont la longueur varie entre 0μ,65 et 2 μ. Il est rectiligne et un peu arrondi aux extrémités.

Le microbe *e* est peut-être le bacillium ulna. C'est un bacille à extrémités arrondies, d'une longueur de 2μ en moyenne. Il le présente souvent par paires fortemement accolées.

Le bacille *f* a des extrémités peu arrondies et forme rarement des chaînettes ; il mesure de 0μ,8 à 2μ,4 de longueur.

Le bacille *g* est très court ; il mesure de 0μ,7 à 1μ,7 à de long. Ses extrémités sont arrondies, il forme rarement des chaînettes, il colore toutes les cultures en jaune, même celles qui sont faites dans l'obscurité.

Le bacille *h* est très court ; il mesure de 0μ,7 à 2μ ; ses extrémités sont arrondies ; il est légèrement étranglé en son milieu et ressemble au bacterium termo.

Le bacille *i* a de 0μ,7 à 1μ,7 de long ; il est un peu courbé et ses extrémités sont coupées carrément.

Le bacille *j* a de 1μ,4 à 3μ,de long ; ses extrémités sont coupées carrément. Souvent 2 bâtonnets sont associés de façon à former un angle plus ou moins ouvert.

La forme, la couleur et les différents caractères que présentent les colonies des micro-organismes de la bouche sur les plaques de gélatine peptonisée et dans les tubes de gélatine peptonisée à la température de 20-22°, sur la gélose, sur le sérum sanguin, sur des tranches de pomme de terre, dans le bouillon acidifié à 1/200e par l'acide chlorhydrique à la température de 36-38° sont étudiés par l'auteur avec le plus grand soin. A. GILBERT.

Zur Biologie des Micrococcus Ureæ (Contribution à la biologie du micrococcus de l'urée), par v. LIMBECK (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 25, 833, 1887).

Limbeck confirme les observations de Jaksch, relativement au changement de forme de ce micrococcus et fait dépendre ce phénomène de la constitution du terrain de culture ; il n'a jamais été observé dans les cultures à la gélatine, mais seulement dans les milieux liquides. D'autre part, si dans une culture à la gélatine on isole ce microbe du contact de l'air par une autre couche de gélatine, celui-ci végète en s'élevant vers la surface de la gélatine ; il paraît donc être aérobie. En mettant une culture dans la gélatine à l'abri du contact de l'air à l'aide d'une couche d'huile stérilisée, elle devient noire dans l'espace de 2 à 3 mois. On peut donc admettre que ce micrococcus produit ordinairement du pigment qui se décolore au contact de l'air, à l'inverse du staphylococcus aureus et du bacillus prodigiosus qui produisent une substance chromatogène, dont la pigmentation ne se fait qu'au contact de l'air.

En second lieu, l'auteur fit sur ce micrococcus l'essai de vingt substances antiseptiques, ayant une action efficace contre la fermentation ammoniacale de l'urine. La résorcine, la quinine, les acides organiques ont produit une modification plus ou moins marquée dans les cultures, tandis que le chorure de potassium et le salicylate de soude se sont montrés tout à fait impuissants. BARBE.

Beiträge zur Theorie der Bacillenfärbung (Contribution à la théorie de la coloration des bacilles, par EHRLICH (*Charité Annalen*, *p.* 123, 1886).

Ehrlich s'occupe principalement de la coloration du bacille de la tuberculose. Il divise son étude en trois parties correspondant au manuel opératoire : 1° coloration ; 2° décoloration ; 3° recoloration.

Pour la coloration il insiste longuement sur l'influence de l'aniline qui agirait comme une sorte de mordant, en faisant pénétrer la matière colorante dans les bacilles et en l'y fixant énergiquement. Il considère que parmi les matières colorantes, les plus actives sont surtout celles qui ont une constitution analogue aux sels, c'est-à-dire qui sont formées par la combinaison d'un acide presque toujours minéral avec une des nombreuses bases dérivées de la houille. Ces matières colorantes salines agissent surtout quand elles sont unies à une substance avec laquelle elles forment une combinaison insoluble d'apparence huileuse. L'aniline est une de ces substances.

Pour la décoloration de la préparation, Ehrlich emploie surtout l'acide nitrique au tiers. Il cherche à expliquer pourquoi les bacilles ne sont pas décolorés par ce traitement. Il revient sur l'hypothèse qu'il a déjà émise, il suppose toujours au bacille une enveloppe, laquelle serait très perméable pour les alcalis, l'aniline, l'acide phénique.

Cette enveloppe se laisserait au contraire traverser très lentement par les acides minéraux. Laissant agir l'acide nitrique pendant une demi-heure ou une heure, les bacilles prennent la teinte brune de la fuchsine altérée par l'acide nitrique. Si l'on fait un lavage à l'eau, la fuchsine reprend sa coloration primitive. Ainsi donc l'acide nitrique a pu traverser les parois du bacille, mais la fuchsine modifiée par lui n'a pu les traverser en sens inverse. Ehrlich suppose que cette fuchsine combinée à l'acide nitrique forme une combinaison très complexe dont les molécules sont devennes trop volumineuses pour pouvoir franchir l'enveloppe du bacille. Cette enveloppe d'ailleurs a pu être altérée par l'action de l'acide nitrique qui l'aurait transformée en une sorte de filtre d'une finesse presque infinie. Ehrlich étudie ensuite les résultats fournis par diverses colorations et décolorations (bleu de méthylène, vert méthyle, malachite, cyanine, le tout en solution phéniquée pour les matières colorantes ;— acide nitrique, bisulfite de soude, acide acétique pour les décolorants). Il remarque que les résultats obtenus dépendent en partie de l'âge des bacilles. En vieillissant, leurs parois deviendraient moins facilement perméables surtout aux acides. Il compare ensuite les bacilles avec les cellules épidermiques, et fait remarquer que ces deux éléments sont pénétrés plus facilement par les substances alcalines, savonneuses ou huileuses, que par les substances acides, et que les uns et les autres en vieillissant subissent une sorte de kératinisation qui les rend plus réfractaires à l'action des matières colorantes.

Enfin l'auteur aborde l'étude de la recoloration. Pour être sûr que les bacilles ne soient pas recolorés, il faut que la seconde matière colorante agisse aussi peu de temps que possible, il est préférable qu'elle soit légèrement acidulée par l'acide acétique et enfin qu'elle n'ait pas, en solution aqueuse, la propriété de colorer les bacilles. Il indique ensuite différents détails techniques lui permettant d'étendre les matières à exa-

miner d'une façon aussi régulière que possible. Il signale aussi une modification qu'il a apportée à la solution nitrique employée pour la décoloration. Au lieu d'ajouter à une partie d'acide nitrique deux parties d'eau distillée ordinaire, il ajoute deux parties d'une solution saturée d'acide sulfanilique. Il se félicite des préparations concluantes et durables qu'il a obtenues avec des crachats, du pus, des tissus même. A ce sujet, il indique sa technique par les tissus qui est une sorte de résumé de sa méthode : 1° traitement des coupes pendant 24 heures par une solution aqueuse de fuchsine; 2° puis pendant 24 autres heures par la solution anilinée de fuchsine; 3° soit lavage rapide à l'alcool pour dissoudre l'aniline précipitée; soit traitement par l'acide nitrique-sulfanilique suivi d'un lavage énergique à l'eau; 4° les coupes encore colorées en rouge intense sont appliquées sur les lamelles et abandonnées pendant 24 ou 36 heures dans une solution concentrée de bisulfite de soude; 5° puis on les met dans une capsule contenant de l'eau bouillie pour enlever l'excès de bisulfite; 6° enfin, dessiccation de la préparation et montage au baume sans qu'il soit nécessaire de recolorer. P. GALLOIS.

De la pneumonie expérimentale, par PERRET (*Lyon méd.*, *p.* 209, 12 *juin* 1887).

Dans une première série d'expériences, Perret inocula le liquide retiré du poumon d'un malade à deux lapins, par injection trachéale et veineuse. Aucun résultat.

Même insuccès avec l'injection directe intra-pulmonaire, chez des lapins et un chien, du liquide de culture provenant d'une ponction. Ces cultures ne contenaient pas le microbe capsulé de Friedlaender, mais des coccus arrondis.

Dans d'autres expériences, Perret choisit de grands animaux. Chez un âne, on injecte dans le poumon un mélange d'eau distillée et de crachats pneumoniques. Apparition rapide d'une broncho-pneumonie vérifiée à l'autopsie. L'exsudat sur le poumon de l'âne fut injecté à des chiens et lapins, mais ne détermina que de petits noyaux congestifs.

Perret est convaincu que la pneumonie peut être produite par des microbes différents. A. C.

Du microbe de la fièvre jaune et de son atténuation, par Domingos FREIRE, P. GIBIER et REBOURGEON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 21 *mars* 1887). — **Résultats obtenus par l'inoculation préventive du virus atténué de la fièvre jaune à Rio-de-Janeiro, DES MÊMES** (*Ibidem*, 4 *avril* 1887).

Les microcoques très fins, brillants et mobiles qu'on trouve, chez les sujets à la dernière période de la fièvre jaune, dans le sang, dans le mucus stomacal et dans les vomissements noirs, peuvent être propagés dans des bouillons de culture, et donnent ainsi des liquides virulents. Mais la virulence de ces bouillons de culture ne dure pas au delà de 8 à 10 jours. A partir de ce moment, si l'on injecte une certaine quantité de ce bouillon à des lapins ou à des cobayes, ces animaux ne meurent plus, mais ils ont acquis l'immunité. Il est donc facile de préparer des bouillons à différents degrés d'atténuation pour les convertir en vaccin bénin. Sur plusieurs milliers d'hommes, des inoculations ont été faites à Rio-de-Janeiro avec ces vaccins. Or, dans la période pendant la-

quelle ont été faites ces vaccinations, la statistique de la mortalité par la fièvre jaune montre que la mortalité est de 1 0/00 pour les vaccinés, et de 1 0/0 pour les non vaccinés. Ainsi l'immunité conférée par l'inoculation préventive, sans être absolue, produit cependant des effets très satisfaisants, d'autant plus que la plupart des vaccinés qui ont succombé avaient été inoculés au moment où la méthode d'inoculation était encore imparfaite. Et, du reste, d'après les derniers bulletins officiels, la fièvre jaune ne s'est pas manifestée à l'état épidémique cette année à Rio, où l'hôpital maritime, affecté à la fièvre jaune, n'avait reçu aucun malade au 24 février dernier. Depuis plus de 35 ans, pareil fait n'avait pas été observé. M. DUVAL.

I. — **Ueber Dauerformen des Koch'schen Kommabacillus (Spores du bacille cholérique), par ZAESLEIN** (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, *p.* 688, 4 *octobre* 1886).

II. — **Untersuchungen über Cholera (Recherches sur le choléra, par TIZZONI et CATTANI** (*Centralblatt f. med. Wissenschaft*, 23 *octobre* 1886).

III. — **Bakteriologische Untersuchung von Cholera verdächtigen Fällen (Recherches bactériologiques dans des cas douteux de choléra), par GRUBER** (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 7, p. 185, 1887).

IV. — **Ueber intraperitoneale Einspritzungen von Koch'schen Kommabacillen (Injections intrapéritonéales de bacilles-virgules de Koch chez le cobaye), par VINCENZI** (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, *p.* 351, 1887).

V. — **Choleraspirillen in der Darmwand (Les spirilles du choléra dans la paroi intestinale), par PFEIFFER** (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, *p.* 212, 1887).

I. — Les recherches de Zaeslein confirment celles de Hueppe (*R. S. M.*, XXVII, 471) sur la présence d'arthrospores dans les spirilles cultivées à l'état de pureté. Ces arthrospores forment des corpuscules terminaux, arrondis, très brillants, qui deviennent plus tard libres et résistent au delà de trois heures à la dessiccation; on doit donc les considérer comme des spores persistantes. Ultérieurement, il apparaît aussi des formes dégénératives qu'il ne faut pas confondre avec les spores.

Un fait intéressant, c'est que les bacilles en virgule obtenus des cultures remontant à 1883, se développent actuellement beaucoup plus irrégulièrement et plus énergiquement qu'alors, en donnant des produits analogues au bacille de Finkler et Prior.

Dans la discussion, P. Guttmann déclare que d'anciennes cultures sur gélatine dans lesquelles on ne trouvait plus de bacilles ont pu être ensemencées à nouveau sur de la gélatine et donner naissance à des bacilles en virgule; circonstance qui est en faveur de l'existence de spores. Lorsqu'on soumet au préalable ces vieilles cultures à la température de l'étuve, leurs ensemencements restent stériles.

Finkler rappelle que ces observations concordent avec celles qu'il a publiées il y a deux ans (*R. S. M.*, XXV, 586), et que l'existence d'un état résistant du bacille cholérique, qu'il s'agisse de spores vraies ou de formes d'une vitalité durable, est maintenant bien prouvée. Il a, avec Prior, établi le même fait pour le bacille du choléra nostras. J. B.

II. — Voici les conclusions auxquelles ces auteurs sont arrivés :

Des recherches microbiologiques ont démontré la nature asiatique du choléra.

Le bacille-virgule a pu être cultivé dans 24 cas. Il a été rencontré une fois dans la diarrhée prémonitoire; vingt fois dès le début de la maladie, et dans 3 cas de choléra à forme typhoïde (6e, 7e, 15e jour). Sa présence dans les selles fut évidente dans tous les cas, malgré de fortes doses de calomel, de sulfate de quinine, de thymol. La présence du bacille-virgule a été décelée dans les voies biliaires, les vomissements et le contenu de l'estomac, malgré l'acidité de ce dernier.

Le sérum du sang pris, soit dans les veines du bras pendant la vie, ou dans le cœur droit après la mort, a donné une réaction alcaline.

Les auteurs y ont trouvé, de plus, dans beaucoup de cas, le bacille-virgule, aussi bien dans le sérum que dans les globules blancs. Même fait pour le liquide céphalo-rachidien, dont la consistance est augmentée dans le choléra et dont la réaction est alcaline.

Dans 1 cas, dont la durée totale de la maladie avait été de six heures, et où l'autopsie fut faite deux heures et demie après la mort, les auteurs ont pu obtenir des cultures pures de bacille-virgule pris dans le liquide céphalo-rachidien. LESAGE.

III. — Sur 22 cas que Gruber a eu à examiner, il a trouvé 13 fois le bacille-virgule : 6 fois dans les selles et 7 fois dans le contenu de l'intestin grêle. Dans les autres cas, les produits étaient si altérés qu'il était impossible d'affirmer l'existence du bacille.

Dans quelques cas, l'expédient suivant pouvait faciliter sa recherche. Il consistait à laisser pendant une demi-heure une goutte de liquide à l'abri de l'évaporation, puis à l'examiner colorée et non colorée. Il est reconnu que le bacille du choléra est très aérobie; si donc il y a encore dans le liquide des bacilles doués de mouvement, ils se réuniront dans la partie la plus externe de la goutte en observation.

Les recherches de Gruber ne firent que le confirmer dans cette opinion, que le résultat de l'examen microscopique n'est pas décisif pour le diagnostic. De cet examen on ne peut rien conclure non plus pour la culture du bacille. Dans un des 13 cas cités, la culture montra que les bacilles-virgules n'appartenaient pas aux bacilles de Koch; 2 fois la culture fut sans résultat; dans deux autres cas, celle-ci put produire des bacilles là où le microscope n'avait pu le découvrir.

La culture préliminaire dans le bouillon de viande est un bon moyen de trouver le bacille, mais il ne faut pas cesser l'observation plus tôt. On aura soin de tenir le liquide à la température de la chambre plutôt qu'à celle du sang, parce que la décomposition du milieu de culture est trop rapide.

Le bacille-virgule peut vivre dans l'intestin avec beaucoup de microbes de la putréfaction. Il peut donc pulluler dans le sol; mais il faut avant tout que l'oxygène puisse arriver facilement à lui. Il n'est donc pas anaérobie, comme Liborius le prétend; le manque d'oxygène est la vraie raison pour laquelle il meurt si facilement dans l'intestin du cadavre.

Gruber a pu, avec des cultures dans la gélatine datant d'un an et exemptes de bacilles-virgules, où il n'y avait que ces petits corps très réfringents, décrits par Hueppe, reproduire des milliers de bacilles de Koch par ensemencement. BARBE.

IV. — Hueppe a toujours déterminé la mort des cobayes en leur in-

jectant dans le péritoine 1 gramme de bouillon de choléra, et a retrouvé les bacilles-virgules dans les sécrétions intestinales.

Vincenzi injecte à dix cobayes, dans le péritoine, après section de la paroi abdominale, 10 à 20 gouttes de bouillon de choléra à 37°, dont il a vérifié le degré de virulence. Il suture la paroi au catgut. La plaie guérit par première intention. Chez aucun des dix animaux, on ne note de malaise; aucun ne meurt.

L'auteur explique ce résultat par l'absorption des bacilles injectés et leur destruction dans le sang. Il est probable que la piqûre de l'intestin changerait totalement l'issue de l'expérience. L. GALLIARD.

V. — Kühne a observé le premier les spirilles du choléra. Pour les étudier, Pfeiffer place les coupes d'intestin dans la solution de Pöffler, les lave dans l'alcool faiblement acidifié, puis les déshydrate dans l'alcool absolu pour les monter enfin dans le baume du Canada. Sur ces coupes, on voit, dans la muqueuse, entre les glandes, un exsudat fibrineux ou sanguinolent, qu'on retrouve encore dans l'épaisseur de la musculeuse au milieu des faisceaux contractiles. C'est dans cet exsudat qu'existent les spirilles, nombreuses surtout aux limites de la tunique sous-muqueuse et de la musculaire. L. GALLIARD.

Sur un nouveau micro-organisme déterminant la rage paralytique chez le chien et le lapin, par MOTTE et PROTOPOPOW (*Wratch*, *n°* 21, 1887).

Les auteurs inoculent à un jeune loup une émulsion de moelle de chien mort de rage des rues; le loup meurt de rage paralytique et tous les animaux inoculés avec le bulbe et la moelle de ce loup succombent à la rage.

En prenant la moelle d'un des lapins inoculé, avec la moelle de loup enragé et faisant des inoculations en séries successives, on voit éclater avec une grande rapidité chez le lapin tous les accidents de la rage paralytique. Or à l'autopsie de ces animaux Motte et Protopopow ont trouvé dans les méninges un liquide laiteux contenant une quantité de microbes en bâtonnets courts; ce même microbe se trouvait aussi dans le sang. Ce microbe cultivé détermina, par inoculation, tous les accidents de la rage paralytique. A. C.

La phagocytose et l'immunité, par Ch. DIRCKING HOLMFELD (*Nordiskt med. Arkiv*, *n.* 4, *p.* 2, 1887).

Metschnikoff a décrit sous le nom de phagocytose la faculté qu'auraient les globules blancs du sang de pouvoir dévorer et détruire les microbes qui pénètrent dans l'organisme. Il prétend que l'immunité de certains animaux contre les maladies infectieuses dépend de cette propriété des globules blancs; ses expériences ont porté comparativement sur les animaux à sang chaud et les animaux à sang froid.

Les recherches de l'auteur sur la maladie du charbon inoculée au lapin, à la souris et au rat démontrent que cette théorie ne peut être soutenue d'une façon aussi absolue que le fait Metschnikoff. Ainsi l'inoculation sous-cutanée du charbon au lapin et à la souris (animaux qui sont très accessibles au charbon) produit à l'endroit de la piqûre une extravasation de lymphe. Ce liquide contient une très petite quantité de globules blancs, mais ceux qu'on y rencontre, renferment des bâtonnets

charbonneux contrairement à ce qu'a avancé Metschnikoff. Au contraire, à la suite de l'inoculation du charbon au rat blanc (très peu accessible au charbon), on trouve dans la blessure beaucoup de bâtonnets libres et les globules blancs en renferment à peine. C. GIRAUDEAU.

Bacillus der Darmdiphtherie der Kaninchen (Bacille de la diphtérie intestinale des lapins), par RIBBERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 141, 1887).

Ribbert a découvert chez des lapines un nouveau bacille. Ces animaux avortaient ou mouraient pendant la grossesse sans avorter, et l'on constatait des épanchements louches dans le péritoine et les plèvres ; dans le foie et la rate des nodules punctiformes nécrosés ; du gonflement des ganglions mésentériques. L'intestin grêle avait des parois épaissies en certains points et revêtait l'aspect d'un tube rigide ; à sa surface existait une sorte de pseudomembrane de 1 millimètre d'épaisseur, grisâtre. Le mésentère correspondant aux zones tuméfiées était gonflé lui-même.

Ces nécroses étaient dues à des colonies bacillaires, constituées par de courts bâtonnets, colorables par l'aniline, qu'on trouvait dans les nodules hépatiques, spléniques, ganglionnaires et au-dessous de la membrane intestinale que l'auteur appelle diphtérique, et qui tantôt reposait sur la muqueuse intacte, tantôt faisait participer la muqueuse à sa formation. On trouvait également les bacilles dans l'épaisseur de la paroi intestinale et du revêtement péritonéal.

La culture des bacilles a été effectuée avec succès dans la gélatine, l'agar-agar, la pomme de terre. Les bâtonnets ont de 3 à 4 μ de longueur et de 1 à 4 μ d'épaisseur ; ils sont arrondis à leurs extrémités ; ils se disposent en groupes de deux ou trois, ou en filaments droits ou recourbés. Les cultures âgées fournissent des éléments plus courts.

Le produit des cultures pures, injecté en solution aqueuse dans les veines des lapins, a reproduit les lésions dans le foie, la rate ; les injections sous-cutanées ont déterminé des altérations spécifiques des ganglions, puis du foie et de la rate. Les injections pratiquées dans la cavité buccale ont provoqué le gonflement des ganglions, des amygdales où l'on trouvait des colonies bacillaires ; quand les animaux vivaient au moins 4 ou 5 jours, on constatait dans l'intestin des lésions analogues à celles qu'on produisait en injectant directement le virus dans une anse intestinale : d'abord rougeur de la muqueuse, puis gonflement, puis membrane rappelant celle de la diphtérie de l'homme et épaississement de la paroi intestinale en zones annulaires. Toutes ces lésions étaient causées par les bacilles. Peu de chose dans les reins. Les poumons sont envahis quand on fait les injections dans la trachée.

Mêmes résultats des injections chez les cobayes. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des staphylocoques pyogènes, par A. BONOME (*Arch. ital. de Biol.*, *n.* 1, *p.* 10, 1887).

L'auteur ayant injecté dans les veines jugulaires d'un lapin de l'eau contenant en suspension de petits fragments de moelle de sureau imbibés de culture de staphylocoque, soit *aureus*, soit *albus*, a observé à la surface de l'endocarde la production d'une endocardite ulcéreuse analogue à celle de l'homme. Il n'y a donc pas besoin comme on le croit ordinairement d'avoir recours à un traumatisme préalable de l'en-

docarde pour arriver à ce résultat. Les petits fragments de moelle de sureau adhèrent aux parois des vaisseaux assez longtemps pour y déterminer une irritation et permettre aux staphylocoques de s'y fixer. Par le même procédé il aurait obtenu la formation d'abcès du myocarde et d'infarctus suppurés des reins. Il a observé en outre que, lorsqu'on pratique au préalable, pendant deux heures par exemple, la ligature de l'une des artères rénales, le rein correspondant devient moins résistant à l'action du microbe pathogène, c'est-à-dire, que le processus suppuratif est plus étendu dans ce rein que dans celui de l'autre côté. Enfin, il cite des observations tendant à prouver que la tuberculose pulmonaire ou pleurale peut se compliquer, à un moment donné, d'une infection reconnaissant pour cause l'un de ces deux micro-organismes.

C. GIRAUDEAU.

I. — Observation on a method of prophylaxis and an investigation into the nature of the contagium of scarlet fever, par Allan JAMIESON et Alex. EDINGTON (*Brit. med. journ.*, *p.* 1262, *juin* 1887).

II. — Note on the so called bacillus scarlatinæ of Dr Jamieson and Edington par William SMITH (*Brit. med. j.*, *p.* 67, *juillet* 1887).

III. — Microorganismes dans la scarlatine, par FINKELNBURG (*Berlin. klin. Woch.*, *n.* 16, *p.* 293, 18 *avril* 1887).

IV. — A further description of the bacillus scarlatinæ, par Alex. EDINGTON (*Brit. med. journ.*, *p.* 304, *août* 1887).

I. — L'idée mère des auteurs écossais est celle-ci : La scarlatine est très peu contagieuse à sa première période ; elle le devient extrêmement à la phase du décours, vers la 3e semaine, alors que la desquamation est à son maximum. C'est donc dans les squames cutanés que réside le contage. Pratiquement, la conséquence thérapeutique de cette manière de voir conduit à faire prendre aux malades des bains répétés, et à les enduire de pommade phéniquée, pour détruire ou tout au moins annihiler l'influence des squames.

Théoriquement, il faut démontrer :

1° Qu'il existe dans les squames un microbe pathogène ;

2° Déterminer la période d'apparition de ce microbe dans l'épiderme en desquamation.

C'est à la démonstration de ces deux questions qu'est consacré le mémoire.

Voici comment les auteurs ont procédé. 7 enfants scarlatineux ont été choisis comme sujets d'expérience. Dès le second jour, on les baignait, et on les frottait avec une pommade phéniquée jusqu'au 18e jour de leur maladie. A ce moment, on entourait spécialement une jambe d'une épaisse couche de ouate stérilisée, qu'on laissait jusqu'au 30e jour, puis on recueillait les squames épidermiques dans des tubes stérilisés pour en cultiver les micro-organismes. Dans ces conditions, on ne trouve pas toujours de bacilles cultivables ; cependant, 2 fois sur 7, les cultures ont pu être obtenues, mais le développement du microbe paraît ralenti par l'action de l'acide phénique en onction.

Si l'on opère avant le 30e jour, on trouve toujours dans les squames

épidermiques un microbe qui, inoculé à des lapins et à des vaches, leur donne une maladie comparable à la scarlatine humaine.

La technique est délicate, parce qu'il faut préalablement dégraisser l'épiderme avec de la potasse et de l'éther et, surtout, le débarrasser des globules d'air qui empêchent la pénétration de la matière colorante.

Le microbe ainsi obtenu est un micrococque de très petite dimension, et non un bacille ou une bactérie. On le retrouve dans le sérum du sang scarlatineux, mais de préférence pendant les trois premiers jours de la maladie.

Il est juste d'ajouter que les auteurs décrivent un certain nombre d'organismes trouvés simultanément en cultivant les squames épidermiques et la sérosité sanguine, ce sont : la sarcina lutea, le streptoccocus rubiginosus, micrococcus capsiformans, diplococcus scarlatinæ, ascobacillus, bacillus fulvus, B. arborescens, B. scarlatinæ. Ce dernier microbe se présente sous forme de chaînettes de 0μ,4 d'épaisseur et de 1,2 à 1μ,4 de longueur, formant des filaments recourbés mobiles, et liquéfiant la gélatine au bout de quelques jours.

Résultat des inoculations. — Sur les lapins et les cobayes, érythème tantôt localisé, tantôt généralisé, desquamation épidermique, avec survie de l'animal.

Une vache, inoculée, est prises de symptômes fébriles graves, six heures après l'inoculation, et meurt le lendemain avec des congestions viscérales multiples, des ecchymoses sur les séreuses et des exsudats séro-sanglants. Au microscope on trouve d'innombrables spores coloriées, analogues à celles que l'on trouve dans le sang scarlatineux. Mêmes résultats, sauf la mort, chez un veau âgé de un jour.

Les auteurs concluent qu'ils ont trouvé le micro-organisme de la scarlatine, et la cause spécifique de la maladie. H. R.

II. — A propos de la récente communication de Jamieson, Smith fait quelques objections tirées de la très grande rapidité avec laquelle se produisent les cultures, et aussi la facilité avec laquelle elles se développent en présence d'autres espèces de microbes septiques.

Les objections expérimentales ont plus de valeur. L'auteur prend des squames épidermiques provenant d'une dermite quelconque, et fait des cultures avec les précautions accoutumées. En 24 heures la gélatine se trouble, et il obtient des bacilles et des micrococques dont la description ressemble singulièrement à celle du soi-disant microbe de la scarlatine. Il est donc probable que ce dernier n'est pas véritablement pathogène. H. R.

III. — De toutes les bactéries qu'on trouve dans les différentes couches de l'épiderme chez les scarlatineux, la plus constante (que Finkelnburg a réussi aussi à obtenir du sang, chez deux malades) est une espèce de petit micrococque peu mobile, ayant environ 0μ,3 de diamètre; parfois on rencontre aussi une forme un peu plus allongée, en petits bâtonnets, qui donne ensuite lieu à des diplocoques.

Cette espèce de micrococque trouve à 26° la température la plus favorable à son développement; elle liquéfie lentement la gélatine en produisant une coloration framboisée caractéristique, qu'elle communique aussi à l'agar-agar quand on la cultive dessus, tandis que les colonies elles-mêmes sont blanches.

Des nombreuses expériences d'inoculation et d'injection sur diverses

espèces animales, seules celles entreprises sur des souris blanches ont donné lieu à des effets morbides, et dans un cas Finkelnburg a pu retirer des reins de l'animal mis en expérience la même espèce de microcoque et la cultiver à l'état de pureté, mais ni les symptômes, ni les lésions cadavériques n'offrent de ressemblance avec ceux de la scarlatine humaine. J. B.

IV. — Le bacille tiré du sang des scarlatineux et coloré avec une solution aqueuse de bleu de méthyle, mesure de 2 à 5 μ de long sur 4 ou 5 μ de large. Le sang cultivé dans des tubes de gélatine de Koch y développe de belles cultures ; il faut les examiner au bout de 24 heures pour bien voir les bacilles qui, à cette période, occupent la couche supérieure du liquide. Si l'on prend le sang au troisième jour de la fièvre, on peut y rencontrer des cocci, mais pas d'une façon constante. Les bacilles ne se voient guère que dans les deux premiers jours de la maladie : après ils sont difficiles à démontrer. Les cultures paraissent accélérer l'évolution de ces micro-organismes, qui se développent plus vite après la deuxième ou la troisième inoculation. Le sérum sanguin ne parait pas être un bon milieu de culture; au contraire la pomme de terre leur est un sol favorable.

Sur une plaque de gélatine, la photographie montre dans ces colonies microbiennes trois zones : 1° la zone externe, où la division des bacilles se fait activement : c'est la zone d'accroissement; 2° la zone moyenne, où les bacilles sont mobiles et vivent dans un milieu demi-liquide, demi-solide : ils se dirigent dans tous les sens; 3° la zone interne ou centrale, complètement liquéfiée, et où nagent les bacilles plus ou moins altérés. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 540.) H. R.

Ueber Vaccine und Variola, par GARRÉ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 12, *p.* 233, 1887).

Pour rechercher les micro-organismes de la vaccine, l'auteur excise, chez les animaux, la pustule vaccinale, enlève le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'au derme et découpe ce dernier en minces fragments qu'il place dans la gélatine. Il obtient ainsi des cultures pures de cocci qui ont la moitié des dimensions du staphylococcus pyogenes et se développent dans les étuves en formant des dépôts grisâtres assez épais.

C'est avec le produit de ces cultures que l'auteur vaccine les génisses : il produit ainsi chez elles des pustules qui sont de vraies pustules vaccinales et qui peuvent servir à donner à leur tour la vaccine à d'autres animaux. On peut les employer aussi pour l'homme avec le même succès. Les sujets vaccinés de cette façon deviennent réfractaires aux inoculations.

Au contraire, l'inoculation directe des cultures pures à l'homme ne détermine pas la vraie vaccine et ne confère pas l'immunité vaccinale. Il faut donc que les micrococci isolés par l'auteur aient traversé l'organisme de la génisse pour acquérir sur l'homme l'influence qu'ils semblent avoir d'emblée sur l'animal.

Pour ce qui concerne la variole, l'excision des pustules chez l'homme, après la mort, et la recherche des micro-organismes dans les couches profondes de la peau n'ont fourni à l'auteur que des cocci non spécifiques.

L. GALLIARD.

I. — Uber Proteiden in dem animalischen Impfungsstoffe (Sur l'existence des protéides dans le vaccin animal), par van der LŒFF (*Monatsch. f. prakt Dermat.*, 1er *mars* 1887).

II. — Sur les protéides ou amibes de la variole noire, par van der LŒFF (*Ibidem, mai* 1887).

III. — Sur un nouveau parasite de la famille des sporozoaires observé dans la variole, par PFEIFFER (*Ibidem, mai* 1887).

I. — Lœff a fait de nombreuses cultures de vaccin pris chez la génisse. Il a constaté d'abord le développement à peu près constant, à la surface du liquide nutritif, de trois espèces différentes de coccus, l'une jaune, une blanche et une grise. Leur inoculation produit de petites pustules différentes de celle du vaccin et disparaissant en quatre jours ; elles ne doivent pas en être considérées comme les éléments actifs.

En examinant au microscope la lymphe vaccinale, on y voit d'autres éléments, à la condition de ne pas la comprimer ; ce sont de nombreux corpuscules que la grande mobilité de leur forme doit faire classer parmi les rhyzopodes, famille des protéides ; ils disparaissent au bout de peu de jours, détruits sans doute par les bactéries. L'auteur croit pouvoir admettre qu'ils représentent le principe actif du vaccin ; il a reconnu en effet que ce virus produit des effets d'autant plus sûrs qu'il renferme une plus grande quantité de ces animalcules.

II. — L'auteur a trouvé dans le liquide de pustules varioliques recueilli chez deux sujets, un grand nombre de ces mêmes protéides ou amibes qu'il a récemment signalées dans le vaccin animal ; leurs changements de forme étaient plus difficiles à percevoir.

III. — Outre les schizomycètes sans importance que l'on a décrits jusqu'ici, on trouve constamment dans les éruptions de la vaccine et de la variole un parasite de la famille des sporozoaires qui accomplit toutes les phases de son évolution chez les hommes et les animaux qu'il visite, ne paraît vivre qu'en présence de cellules vivantes, et peut être rangé parmi les grégarines de Leuckart, dans l'ordre des monocystides de Brown. Son développement est très analogue à celui des conidies et des grégarines libres jusqu'au moment de la séparation des spores ; il est aussi voisin des myxosporides, des sarcosporides, des myxomycètes et des chytrides ; il est constitué par des corpuscules uni-cellulaires, de forme ronde ou ovale. A l'état de complet développement, il prend une couleur d'un jaune brun et atteint 33 μ de long sur 24 μ de large ; ses éléments sont entourés d'une enveloppe plus ou moins résistante ; que recouvre une mince paroi kystique à contours granuleux ; parfois leur surface est inégale : leur enveloppe peut être stratifiée ou amincie ; d'autres fois les spores ont été éliminées, il ne reste que des fragments de l'enveloppe. Des mouvements amiboïdes sont observés dans les corpuscules jeunes ; plus tard on n'observe plus que des saillies ectoplasmiques.

Les spores sont les agents de multiplication de ces parasites ; elles se forment dans la paroi kystique, où on les trouve en très grand nombre. Elles prennent, en se développant, la forme de petits disques parsemés de vacuoles et se transforment ensuite en corpuscules amiboïdes.

Les disques à double contour que l'on trouve souvent en masse dans les liquides de la vacuole et de la vaccine sont des amibes vides. Les

protéides de van der Lœff sont ces parasites à l'état adulte. Ces parasites se trouvent non seulement dans les liquides précités, mais aussi dans les interstices des cellules du corps muqueux de Malpighi et dans l'intérieur même de ces cellules et des leucocytes au niveau des pustules.

C'est au moment où la vésicule commence à se former qu'on les trouve le plus facilement dans ces éléments.

On ne peut savoir encore quelle est l'importance de ces parasites. On en trouve d'analogues dans le sang des sujets atteints de scarlatine ou de rougeole ; des recherches ultérieures montreront s'ils constituent ou non les agents infectieux de ces maladies. H. HALLOPEAU.

I. — Ein neuer Parasite des Pockenprocesses aus der Gattung Sporozoa (Sur un nouveau parasite du processus varioleux appartenant à la famille des sporozoaires), par PFEIFFER (*Monatsh. f. prakt. Dermatol., mai* 1887).

II. — Ueber Proteiden eider Amöben bei Variola vera (Sur la protéide ou amibe dans la variole vraie), par van der LOEFF (*Ibidem, mai* 1887).

III. — Ueber Parasiten im Bläscheninhalt von Varicella... (Sur les parasites que l'on trouve dans le contenu des vésicules de varicelle et d'herpès zoster et leurs rapports avec les parasites semblables du processus varioleux), par L. PFEIFFER (*Ibidem, juillet* 1887).

I. — Pfeiffer a constaté que l'on trouve constamment dans les éruptions varioliques et vaccinales, indépendamment des schizomycètes sans importance, un parasite de la famille des sporozoaires qui accomplit toute son évolution chez l'homme ou l'animal qu'il a envahi, et qui paraît ne se développer qu'en présence de cellules vivantes.

Il paraît devoir être rangé parmi les grégarinides de Leuckart, dans l'ordre des monocystides; certains caractères les rapprochent des myxoporidies, et des sarcosporidies ainsi que des myxomycètes et des chytridées.

Corpuscule uni-cellulaire, de forme ronde et ovale, il prend, quand il est développé, une couleur brun jaunâtre, et atteint 33 μ de longueur sur 24 μ de largeur; on y distingue une enveloppe plus ou moins épaisse, que tapisse une fine membrane kystique renfermant un contenu granuleux; son aspect peut varier, certains de ces parasites ont une enveloppe stratifiée et lobulée, d'autres ne sont plus représentés que par des fragments de membrane.

On en voit qui sont réunis de deux à trois dans une enveloppe commune.

Ils ne présentaient des mouvements propres que dans les premiers temps de leur développement; plus tard, il se fait des déplacements dans leur ectoplasma ou leur endoplasma ; ils se multiplient par spore.

La formation des spores commence de bonne heure, simultanément avec la différenciation des capsules ; elle est particulièrement active vers la fin de la période d'accroissement; elle se fait par bourgeonnement, elle est annoncée par un aspect grenu de l'ectoplasma.

Les spores se développent dans la paroi kystique ; leur quantité est très considérable; les embryons sortent des disques sous forme d'amibes.

Les disques à double contour que l'on rencontre souvent en masse

dans le liquide variolique sont des parasites dont le contenu s'est échappé à l'état d'amibes.

Ces amibes se développent, il s'y forme un noyau, ils s'entourent d'abord d'une corticule puis d'une seconde paroi kystique et prennent ainsi tous les caractères de la cellule mère.

Ces parasites se trouvent à ces différentes périodes de développement, aussi bien dans le cowpox et la vaccine inoculée au chien, au cheval, au porc et à la brebis que dans la variole humaine; on les rencontre surtout en abondance dans le corps muqueux de Malpighi, soit en dehors, soit dans l'intérieur des cellules épithéliales.

On les voit dès le troisième jour après l'inoculation; c'est du cinquième au sixième qu'ils sont le plus nombreux, on peut les trouver beaucoup plus tôt. A partir du septième jour, ils disparaissent rapidement.

Les cultures n'ont pas donné jusqu'ici de résultats précis.

L'auteur ne peut dire quel rôle jouent ces parasites dans le processus variolique; on en trouve d'analogues dans la scarlatine, la variole et la parotidite ainsi que dans la varicelle et l'herpès zoster.

II. — Loeff a constaté chez deux sujets atteints de variole, la présence, dans le liquide des pustules, des mêmes corpuscules (protéides ou amibes), dont il a signalé la présence constante dans le vaccin animal.

III. — Dans les vésicules d'herpès zoster et de varicelle, comme dans les boutons de la variole, on trouve des parasites; leur développement commence par un stade amiboïde, ultérieurement ils s'enkystent pour revenir ensuite à la forme amiboïde, après une élimination en masse de spores; celles-ci peuvent constituer des formes persistantes.

On ne peut dire encore s'il s'agit de conidies ou d'amibes.

H. HALLOPEAU.

Ueber das Erysipeloïd und dessen Ætiologie, par ROSENBACH (*XVIe Congrès des chirurgiens allemands*).

Il s'agit de l'affection décrite sous le nom d'érysipèle chronique ou d'érythème migrateur. C'est une maladie infectieuse. L'auteur a découvert et isolé le micro-organisme qui l'engendre, et il s'est inoculé à lui-même, avec succès, le microbe qui présente certaines ressemblances avec celui de la septicémie des souris. PIERRE DELBET.

Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen in Operationswunden unter den antiseptischen Verbande (Présence de micro-organismes dans des plaies traitées par le pansement antiseptique), par BOSSOWSKI (*Wien. med. Wochenschrift, p.* 229, *n°* 8, 1887).

On rencontre des micro-organismes même dans les plaies traitées par la méthode antiseptique; l'auteur, pour prouver ce qu'il avance, a porté ses études sur 50 cas où l'on cherchait la réunion par première intention et où le pansement était fait avec la gaze iodoformée. Les recherches furent faites presque exclusivement sur des plaies drainées. Une plaie ne fut reconnue aseptique que lorsqu'elle était réunie par première intention sans fournir de pus ni par les points de suture, ni par les ouvertures de drain.

Pour chercher les micro-organismes, on prit les tubes à drainage qui

étaient enlevés le 4e ou 5e jour ; ils étaient placés en totalité ou en partie dans des flacons stérilisés aussitôt après leur enlèvement.

On employa les méthodes de culture de Koch.

Dans 10 cas seulement, ni le microscope, ni les cultures ne purent faire découvrir la présence de micro-organismes ; dans les 40 autres, on en trouva de différente sorte. 26 fois on rencontra le staphylococcus albus seul ou mêlé à d'autres organismes.

Le staphylococcus aureus se développa 9 fois seul ou mêlé avec le staphylococcus albus ; enfin le streptococcus pyogenes fut trouvé 2 fois.

Dans tous les cas où l'on rencontra soit le staphylococcus aureus, soit le streptococcus pyogenes, il y eut suppuration. Au contraire les plaies qui renfermaient le staphylococcus albus guérirent la plupart par première intention ; dans les cas où il y eut suppuration, elle fut limitée et modérée. Enfin dans les 10 cas où l'on ne put découvrir aucun micro-organisme, la réunion fut parfaite. Il en fut de même des plaies où l'on ne trouva que des micro-organismes autres que les microbes du pus.

BARBE.

TOXICOLOGIE ET PHARMACOLOGIE.

Weitere Mittheilungen zur physiologischen Cocaïnwirkung (Nouvelles expériences sur les effets physiologiques de la cocaïne), par I. FEINBERG et BLUMENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 10, *p.* 166, 7 *mars* 1887).

Continuant sur des chiens les expériences entreprises avec la cocaïne sur des lapins (*R. S. M.*, XXIX, 484), Feinberg arrive aux conclusions suivantes :

Appliquée sur un nerf mis à nu, la cocaïne produit une anesthésie locale qui se propage à la périphérie, tandis que le bout central du nerf et sa motilité restent intacts.

A une dose un peu plus forte que pour le lapin, elle provoque également chez le chien l'anesthésie de la cornée, la mydriase, la rétraction des paupières et l'exophtalmie. Les troubles respiratoires sont peu marqués chez le chien. Dans les deux espèces animales, on note des troubles de coordination des membres. Une dose de 1 à 2 grammes chez le lapin, de 2 à 3 grammes chez le chien, détermine des convulsions toniques et cloniques suivies de mort dans la majorité des cas. Les convulsions sont épileptiformes et s'accompagnent de perte de la connaissance. Des doses moyennes ont pour premier effet, chez le chien, une excitation de tous les organes des sens. Plus tard, les mêmes organes sont déprimés ; l'animal perd l'intelligence de ce qu'il voit et entend ; il est affecté de cécité et de surdité psychiques et n'a plus la conception des mouvements.

Les convulsions épileptiformes sont indubitablement d'origine corticale. La cocaïne est le meilleur moyen de démontrer que l'épilepsie a son point de départ dans l'écorce cérébrale.

Chez le chien comme chez le lapin, la cocaïne provoque l'anesthésie des tissus nerveux, avec cette différence que, chez le premier, il y a perte de tous les réflexes qui sont au contraire exagérés chez le second. La réaction faradique des muscles et des nerfs demeure normale dans les deux espèces animales.

La cocaïne a une affinité spéciale pour les fibres sensitives et les fibres sensorielles terminales de l'écorce cérébrale; elle en annihile les fonctions.

Les convulsions sont dues à un spasme vaso-moteur et à l'anémie du cerveau. Elles sont le plus souvent la cause principale de la terminaison fatale. Les agents qui diminuent l'excitabilité de l'écorce cérébrale, comme l'éther, les applications froides sur le crâne, le bromure de potassium, empêchent l'apparition des convulsions. Alors l'anesthésie et l'ataxie ne tardent pas à disparaître et les animaux se rétablissent. Les applications chaudes agissent de la même façon que les applications froides en combattant l'action anémiante que la cocaïne exerce sur le cerveau. J. B.

Ueber Muscarin-Lungenœdem (L'œdème pulmonaire produit par la muscarine), par GROSSMANN (*Soc. des méd. de Vienne, 4 mars* 1887).

L'auteur a constaté, dans une série d'expériences, que la muscarine détermine un œdème pulmonaire généralisé. C'est un œdème congestif. La congestion se traduit par l'élévation de la pression sanguine dans les veines, dans les oreillettes droite et gauche, et dans l'artère pulmonaire, tandis que la pression sanguine est abaissée dans l'aorte. Cette stase est le résultat de la contracture du myocarde, qui est plus énergique dans le cœur gauche que dans le droit.

Pour faire disparaître l'œdème pulmonaire dû à la muscarine, il faut administrer l'atropine ou exciter les nerfs accélérateurs. Ces résultats peuvent avoir des applications à la clinique. L. GALLIARD.

De l'action de l'aspidospermine sur le cœur, par L. BORDONI (*Bollettino della Societa frà i cultori di scienze mediche, in Siena, n° 10,* 1886).

A doses faibles, l'aspidospermine excite l'activité diastolique du cœur et, par suite, augmente secondairement l'énergie de la systole ; à doses plus fortes, elle diminue l'élasticité, et par suite la contractilité cardiaque, ce qui amène une modification de la diastole ; à doses encore plus fortes, l'action existante sur la dilatation du cœur est si forte et si rapide qu'elle amène l'arrêt du cœur en diastole. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Muskelwirkung der Caffeins, Theobromins und Xanthins (L'action de la caféine, de la théobromine et de la xanthine sur les muscles), par PASCHKIS et PAL (*Wien. med. Jahrb., p.* 611, 1886).

Les auteurs injectent sous la peau de l'un des membres inférieurs d'une grenouille, après ligature préalable, une solution aqueuse de xanthine, de diméthylxanthine (théobromine) ou de triméthylxanthine (caféine). Puis ils mettent à nu les muscles de ce membre et ceux du côté opposé, et les électrisent comparativement à l'aide de courants induits faibles.

Après l'injection de 15 milligrammes de substance active, l'excitabilité musculaire du membre intoxiqué augmente d'abord, puis elle disparaît complètement dans un espace de temps qui est court pour la caféine et relativement long pour la xanthine.

La contraction musculaire est exprimée, dans les trois cas, par une courbe identique ; ligne d'ascension brusque, descente progressive et lente.

C'est la caféine qui produit la contraction le plus longue, et la xanthine la plus courte.

L'action la plus énergique sur le muscle est donc celle de la caféine, puis vient la théobromine et enfin la xanthine. L. GALLIARD.

Zur physiologischen Wirkung des Atropin auf das Auge (De l'action physiologique de l'atropine sur l'œil), par HOELTZKE (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mars* 1886).

L'auteur admet que la dilatation pupillaire produite par l'atropine est simplement due à une paralysie des extrémités terminales de l'oculomoteur ; cette dilatation n'atteint, en effet, qu'un degré moyen (5 millm.) ; il prétend, de plus, qu'il n'existe absolument aucune excitation du sympathique qui puisse expliquer la dilatation pupillaire sous l'influence de l'atropine. Les preuves, les voici :

Si à un animal on sectionne la moelle cervicale, aussitôt la pupille, préalablement dilatée par l'atropine, se rétrécit, parce que l'action normale du sympatique est détruite; que si, au contraire, on électrise son bout périphérique, la pupille s'élargit de nouveau, et plus qu'elle ne l'était par la simple action de l'atropine avant la section médullaire.

D'ailleurs, l'effet de la faradisation est le même, qu'on applique celle-ci avant ou après l'instillation de l'atropine. Cela prouve donc que l'atropine n'a aucune action sur les terminaisons du sympathique.

Autre preuve : il est démontré que la cocaïne excite les rameaux du sympathique, comme l'atropine paralyse l'oculo-moteur. Lors donc qu'on atropinise fortement un œil humain, si cet alcaloïde avait une action excitatrice sur le sympathique, la cocaïne consécutivement instillée ne devrait plus avoir d'action sur la pupille ; que si, au contraire, la cocaïne dilate encore davantage la pupille atropinisée, il est évident que l'atropine n'excite pas les rameaux des sympathiques. Or l'on sait que l'action de la cocaïne se surajoute à celle de l'atropine, pour dilater la pupille à son maximum. Donc, l'atropine n'a pas d'action excitatrice sur les rameaux terminaux du sympathique. ROHMER.

Ueber die erregenden Wirkungen des Atropins (L'action excitante de l'atropine), par BINZ (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 2, *p.* 21, 1887).

L'auteur a décrit l'antagonisme entre la morphine et l'atropine.

Pour comparer l'influence de ces deux poisons sur la respiration, il injecte d'abord une petite quantité de chlorhydrate de morphine dans une des veines jugulaires d'un lapin et constate que la quantité d'air expiré par l'animal pendant 30 secondes diminue d'une façon considérable; peu après, l'atropine injectée sous la peau détruit l'action paralysante de la morphine et détermine même une excitation notable de l'activité respiratoire.

Par exemple, un lapin, pesant 1,590 grammes, expire en 30 secondes 332 centimètres cubes d'air. A 10 h. 20 m., injection intraveineuse de 0,04 de chlorhydrate de morphine; la quantité d'air expiré tombe à 102. A 10 h. 49 m., injection de 0,02 d'atropine, la quantité d'air remonte à 152. A 11 h. 5 m., nouvelle injection d'atropine, on mesure 124; mais à 11 h. 18 m., on mesure 377, chiffre supérieur au premier (332), noté au commencement de l'expérience.

L'atropine augmente aussi rapidement l'excitabilité réflexe.

L. GALLIARD.

Sull'Adonis æstivalis, par P. MARFORI (*Lo Sperimentale, avril* 1887, *p.* 357).

D'après Marfori, l'adonis æstivalis doit être considéré, non comme un succédané de la digitale, mais comme un remède qui présente des indications propres. Il est supérieur aux autres médicaments cardiaques dans les maladies du cœur où existent des phénomènes intenses de stase, où il est nécessaire de diminuer les pulsations, de régulariser le rythme, d'élever la pression artérielle avant qu'elle ne soit trop abaissée, de provoquer spécialement une diurèse abondante et finalement de maintenir ces conditions d'une manière constante et pendant longtemps.

En effet son administration ne doit pas, comme celle de la digitale être interrompue de temps à autre ; elle doit au contraire être prolongée constamment jusqu'à la guérison.

La dose journalière peut varier de 4 à 8 grammes en infusion, à prendre dans le courant de la journée. Sa saveur n'est pas trop désagréable : il n'est pas mauvais néanmoins d'y ajouter un correctif. Des doses très élevées (25 à 30 grammes dans les 24 heures) sont tolérées, mais l'auteur ne les croit pas efficaces. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 49.)

L. GREFFIER.

I. — Ricerche sull'azione della solanina, par CAPPARONI (*Rivista clinica di Bologna, p.* 333, *mai* 1887).

II. — La solanine ; étude physiologique et thérapeutique, par GAIGNARD (*Thèse de Paris, n°* 215, 1887).

I. — Au point de vue physiologique, Capparoni conclut : que cette substance a une action centrale ; — que cette action est d'abord anesthésique, puis paralysante du centre respiratoire et cardiaque, du bulbe et des centres des réflexes bulbaires et spinaux, et qu'elle se porte en dernier lieu sur les voies kinésodiques et esthésodiques et principalement sur la moelle spinale.

La solanine se montre très efficace lorsqu'il s'agit de modérer pouvoir excito-moteur du bulbe et de la moelle spinale. Ainsi dans l'asthme aussi bien idiopathique que symptomatique, de petites doses de 5 centigrammes répétées 2 ou 3 fois à demi-heure d'intervalle suffisent à rétablir la respiration normale. Chez les individus atteints de troubles de la marche dus à l'excitation exagérée des réflexes suite de myélite aiguë, elle agit si efficacement qu'ils peuvent abandonner leurs béquilles le second jour de son administration (25 à 30 centigrammes, par jour, par doses de 5 centigrammes).

L'auteur a obtenu un succès chez un malade atteint de spasmes cloni-

niques des membres inférieurs de cause périphérique chez lequel on avait essayé inutilement les bromures, les iodures, les bains de vapeur et les courants galvaniques (25 centigramme par jour). — Il a vu disparaître les accès chez un épileptique. — Il est probable que dans le tétanos, son action serait également favorable. Les neurasthéniques chez lequels on avait inutilement employé les bromures, la gelsémine, l'hydrothérapie et l'électricité ont vu disparaître les palpitations, les paralysies, les convulsions avec 15 centigrammes par jour (3 centigrammes par dose). Les névralgies, la céphalalgie ont guéri par ce remède. Enfin, il fait cesser les spasmes musculaires ; on voit diminuer ou même disparaître complètement les tremblements et les contractions musculaires de la maladie de Parkinson avec 25 centigrammes par jour. (Voy. *R. S. M.*, XXIX. 486.) L. GREFFIER.

II. — La thèse de Gaignard est une étude rapide de la solanine ; on y trouve un certain nombre d'expériences qui prouvent le peu de toxicité de cette substance. Les observations cliniques assez nombreuses établissent que la solanine est un analgésique presque nul ; il est impossible de l'employer en injection sous-cutanée quel que soit le véhicule essayé. Avec des doses de 30 à 40 centigrammes par 24 heures, on n'observe chez l'homme aucun phénomène physiologique. H. CH.

Étude clinique et physiologique de l'action du cannabis indica, par Hobart Amory HARE (*Therap. Gazette, p.* 225, *avril* 1887).

Chez les animaux, le cannabis indica produit une période d'exaltation amoureuse accompagnée d'un profond sommeil. Chez le chien et la grenouille elle exagère notablement les actions réflexes. A cette exagération réflexe succède une grande diminution due non pas à la paralysie des nerfs moteurs ou des faisceaux moteurs de la moelle épinière, mais au défaut d'excitabilité des nerfs sensitifs et des faisceaux sensitifs de la moelle. L'action principale de cette substance s'exerce sur le cerveau de sorte que son influence sur la moelle et les troncs nerveux est secondaire et consécutive à cette action cérébrale. Un point important de cette étude, sur lequel l'auteur insiste tout spécialement, c'est sur l'action anesthésique locale. Mise en contact direct avec les troncs nerveux cette substance les paralyse. Appliquée directement sur la muqueuse linguale, elle diminue notablement la sensibilité de cet organe. Elle pourrait être employée utilement pour produire l'anesthésie dentaire; mais elle jouit de propriétés irritantes telles qu'il ne faut pas songer à l'appliquer sur les organes délicats et notamment sur la muqueuse oculaire. H. CHOUPPE.

Sur un nouveau produit tiré de l'opium présentant les propriétés physiologique et thérapeutique de la narcéine, par LABORDE (*Tribune médic.*, 13 *mars*).

Par un procédé spécial d'extraction, l'auteur a retiré de l'opium un nouveau produit, qui contient en totalité la narcéine, sans trace appréciable de morphine et d'aucun autre alcaloïde de la série toxique et convulsivante : employé chez l'enfant à la dose de un quart à un demi-centigramme, il calme rapidement les quintes de toux; il en est de même chez l'adulte et à la dose de deux à trois centigrammes il a des propriétés hypnotiques très efficaces. OZENNE.

Ricerche comparative sull'azione degli alcaloidi nel regno vegetale e animale, par A. MARCACCI (*Laboratorio di fisiologia di Perugia*, 1886).

L'auteur a essayé sur divers végétaux et sur diverses parties, graines, racines et plantes adultes, l'action des alcaloïdes, morphine, atropine, vératrine, quinine, cinchonine, strychnine, en sels neutres.

L'action sur la fermentation lactique est favorisée par les sulfates de potasse, de soude, le chlorure de sodium, l'atropine et la morphine : elle est ralentie par la vératrine, la quinine, la cinchonine et surtout la strychnine.

Les mêmes substances favorisent la fermentation alcoolique, sauf la quinine et la cinchonine. Il est remarquable que la strychnine, qui s'oppose à la fermentation lactique, favorise la fermentation alcoolique.

Le développement des graines n'est pas affecté par la morphine : il est entravé par la strychnine, la vératrine et surtout par la quinine et la cinchonine. — Ce sont les racines qui sont le plus sensibles à l'action du poison. L'auteur opérait sur les racines de la renoncule âcre. Quant aux plantes adultes, Weyl (1881) avait trouvé, en opérant sur l'*elodes canadensis*, que la morphine et la vératrine étaient sans action, que la strychnine agissait énergiquement. Marcacci opère sur la *lemna minor*, qui vit facilement dans l'eau distillée. Les alcaloïdes agissent sur la plante : elle perd sa chlorophile et meurt étiolée. Sur les œufs de grenouille, la strychnine arrête le développement, la morphine et l'atropine le favorisent. Les têtards et les adultes meurent plus ou moins rapidement dans les solutions de strychnine, vératrine — puis dans la quinine et l'atropine. Ces animaux vivent très bien dans la solution de morphine. L'auteur conclut que la distinction établie par Ch. Richet dans son intéressante classification des poisons n'est pas fondée, en tant qu'elle localise l'action des alcaloïdes sur les tissus animaux. DASTRE.

Chemische Studien über das Curare (Études chimiques sur le curare), par R. BOEHM (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 173, 1887).

Les recherches chimiques de Boussingault et Roulin (1828), de Pelletier et Petroz, de Preyer (1865) et de Sachs (1878) sur le principe actif du curare n'ont fourni que des résultats incomplets et contradictoires. Ainsi la curarine de Preyer donne une magnifique coloration bleue par l'acide sulfurique et fournit des sels cristallisés; la curarine de Sachs, au contraire, est incristallisable et se colore en rouge par l'acide sulfurique.

Boehm a constaté qu'un certain nombre de curares contiennent à côté de la base toxique à laquelle il conserve le nom de *curarine*, une base inactive qu'il appelle *curine*.

CURINE. — La curine se présente sous forme de sphéro-cristaux, plus rarement d'aiguilles incolores, peu solubles dans l'eau froide, un peu plus solubles à chaud, très solubles dans l'alcool, le chloroforme et les acides dilués, peu soluble dans l'éther. Saveur amère; réaction alcaline; point de fusion = 160° centigrades; précipités volumineux, amorphes, incolores avec les réactifs ordinaires des alcaloïdes; réaction caractéristique : précipité incolore par l'acide métaphosphorique.

Le chloroplatinate de curine est amorphe, stable, insoluble dans l'eau

et l'alcool, et contient 19,31 0/0 de platine, ce qui correspond à un poids moléculaire de la curine de 298. Pas de réaction colorée par H^2SO^4.

Préparation. — La réaction par l'acide métaphosphorique solide sert à reconnaître si le curare employé contient des quantités notables de curine et si cette substance s'y trouve à l'état soluble dans l'eau ou insoluble. Dans ce dernier cas, on dissout dans l'eau acidulée par H^2SO^4 (1 0/0) ; dans le premier cas, on dissout simplement dans l'eau tiède. La solution est additionnée avec précaution d'ammoniaque jusqu'à réaction alcaline faible, ce qui précipite la plus grande partie de la curine en même temps que plusieurs autres corps. On reçoit le précipité sur un filtre, on le laisse égoutter et on l'épuise par l'éther qui dissout la curine mais non la curarine. La solution éthérée est évaporée à un petit volume, puis abandonnée sous l'exsiccateur, où elle abandonne la curine sous forme de masse incolore irisée. On purifie la curine en la dissolvant dans l'alcool absolu, et précipitant par l'eau le liquide filtré. Le précipité filtrant est recueilli et desséché. On peut dissoudre encore une fois dans l'éther.

Curarine. — Substance amorphe d'un beau jaune ou jaune orangé suivant l'épaisseur. La solution aqueuse est jaune orangé avec fluorescence verte. Réaction neutre; ne paraît pas former de sels avec les acides; soluble dans l'eau, l'alcool ordinaire et le chloroforme alcoolique, presque insoluble dans l'éther et l'éther du pétrole; se colorant en rouge violet par H^2SO^4; saveur amère.

Sa toxicité est considérable : $0^{mgr},35$ ($0^{gr},00035$) suffisent pour tuer en quelques minutes un kilogramme de lapin ; $0^{mgr},003$ — $0^{mgr},005$ tuent une grenouille. Les symptômes sont exactement ceux de l'empoisonnement par le curare. La curarine se décompose facilement par les acides en fournissant une base cristalline, inactive.

La curarine se laisse entraîner mécaniquement par tous les précipités qui se forment dans ses solutions : aussi ne peut-on songer à l'extraire du curare en éliminant les impuretés par précipitation. Bœhm a consacré beaucoup de temps et consommé une grande quantité de curare avant de trouver une méthode convenable d'extraction de la curarine. Il a procédé par tâtonnements, en prenant constamment comme guide et comme point de repère la toxicité des produits obtenus. Voici le procédé auquel il s'est arrêté :

Préparation. — Dissoudre dans l'eau un curare exempt de curine, et précipiter directement la curarine en solution acide par le chlorure de platine. Le chloroplatinate de curarine est égoutté et lavé sur le filtre par l'alcool absolu. On chasse l'alcool par l'éther et on laisse sécher. La poudre de chloroplatinate est finement divisée dans 100 parties d'alcool absolu et traitée à chaud par H^2S : on neutralise au fur et à mesure en ajoutant goutte à goutte une solution alcoolique d'ammoniaque. Le liquide filtré est desséché sous l'exsiccateur, puis traité par un mélange de 4 parties de chloroforme et d'une partie d'alcool absolu qui dissout la curarine et laisse le chlorhydrate d'ammoniaque. La solution de curarine est évaporée, puis reprise par l'eau. Le sel de platine contient 18,31 0/0 de platine, ce qui correspond à un poids moléculaire de 326. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Wirkung des Strophantus hispidus auf das Herz (Action du strophantus hispidus sur le cœur), par DRASCHE (*Soc. des méd. de Vienne*, 29 *avril* 1887).

Le strophantus, employé par les Africains pour empoisonner les flèches, est, d'après Fraser, un poison musculaire qui augmente l'énergie du cœur, élève la pression sanguine et abaisse la température.

Drasche confirme les assertions de Fraser. La teinture de strophantus, à la dose de 20 à 40 gouttes, abaisse la température des fébricitants et renforce le cœur en ralentissant le pouls. Dans un cas de maladie de Basedow, 20 gouttes ont ralenti le pouls.

Dans un cas de cœur gras avec pouls irrégulier, l'action du strophantus a été nulle, mais la digitale a également échoué.

Chez 30 cardiaques asystoliques, l'auteur a obtenu des résultats satisfaisants. Le plus souvent, il y avait ralentissement du pouls, cessation de la dyspnée, disparition de l'œdème, diurèse abondante. Pas de désordres dus au médicament. L. GALLIARD.

Das Acetphenitidin als antipyreticum (L'acetphénétidine comme antipyrétique), par KOLLER (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 26, *p.* 865, 1887).

L'acetphénétidine, découverte par Hinsberg, est une poudre légèrement rougeâtre, sans odeur ni saveur, qui se dissout difficilement dans l'eau, mais est très soluble dans l'alcool, surtout à chaud. Cette substance donnée à la dose de 0,50 à 0,70 n'amena aucune modification chez l'homme à l'état sain; mais dans tous les cas de maladies fébriles une dose de 0,30 à 0,40 produisit un effet antipyrétique marqué. On n'a jamais observé de vomissements, ni de malaise après l'administration du médicament. Celui-ci ne causa aucun changement dans le processus des maladies qui furent soumises à son action.

Sur 10 cas de pneumonies traitées par ce médicament, 6 eurent leur crise le 5e ou le 6e jour.

Dans un cas de pneumonie bilatérale compliquée de néphrite aiguë, la dose de 0gr,70 (jusqu'à 1gr,60 par jour) ne produisit aucun phénomène d'intoxication, ni aucune action nuisible sur le rein.

On n'observa jamais de sueur profuse, ni de cyanose, ni de collapsus, mais un sentiment de bien-être. BARBE.

Zur Kenntniss der diuretischen Wirkung des Quecksilberpræparate (Sur les effets diurétiques des composés mercuriels), par LEYDEN, FÜRBRINGER, BADT, GERHARDT, ROSENHEIM (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 15, *p.* 269, 11 *avril* 1887).

Leyden a essayé l'action diurétique du calomel dans 3 cas de cirrhose hypertrophique du foie avec ascite et dans 4 cas de lésions organiques du cœur. Les résultats ont été très divers, tantôt très satisfaisants, tantôt fugitifs, tantôt insignifiants ou même nuls.

Fürbringer insiste sur le caractère très éphémère des effets diurétiques du mercure. Au bout de peu de jours, les œdèmes se reproduisent dès que la diurèse a cessé. C'est surtout dans la néphrite parenchymateuse que le calomel est impuissant, preuve qu'une certaine intégrité de l'épithélium rénal est indispensable pour qu'il agisse.

Badt mentionne un fait de sclérose artérielle où le calomel ne lui a donné de résultats que la première fois.

Gérhardt a observé une gastro-entérorragie mortelle à la suite de l'administration du calomel chez un malade atteint de cirrhose du foie.

Rosenheim remarque que les indications du calomel n'ont pas encore été posées. Personnellement, il a trouvé ce médicament complètement inutile dans la néphrite parenchymateuse, tandis qu'il lui a paru assez utile dans la néphrite interstitielle. Moins heureux que Leyden, il n'en a obtenu aucun résultat dans la cirrhose hépatique. J. B.

Le salinaphtol, par R. LÉPINE (*Semaine méd.*, 22 *juin* 1887).

Lépine n'admet pas la décomposition rapide du salinaphtol par les ferments de l'intestin; en introduisant, en effet, dans une anse intestinale bien lavée d'un chien un gramme de cette substance, on ne trouve pas, au bout de 8 heures, la moindre trace d'acide salicylique dans les urines.

Ce dédoublement dépend essentiellement de la présence du suc pancréatique; or, dans la fièvre, ce suc fait en partie défaut et dès lors le produit reste insoluble et inerte.

Le salinaphtol est peu toxique. Lépine introduit dans l'estomac d'un chien, de 5 kilogr. 1/2, six grammes en 6 heures, sans aucune action nocive. L'urine renfermait de l'acide salicylique. A. C.

Terpina (Studio clinico-terapeutico), par MADIA (*Rivista clinica e terapeutica, p.* 449, *septembre* 1886).

Voici les conclusions de ce travail :

1° L'action de la terpine sur le pouls, la respiration et la température est nulle ;

2° L'action est à peu près nulle sur la muqueuse bronchique à la dose de 40 centigrammes, à 1gr,50, tant par la quantité que par la qualité de l'expectoration. Les malades ont eu seulement une expectoration un peu plus facile. Chez les phtisiques et les malades atteints de bronchite chronique, il n'a pu remarquer, comme le prétend Sée, le desséchement progressif des bronches et des cavernes ;

3° Action comme hémostatique : nulle ;

4° Aucune amélioration dans la blennorragie chronique ;

5° Aucune action sur les reins. 10 grammes de terpine non seulement n'ont pas été mortels, mais l'analyse de l'urine n'a révélé ni traces d'albumine, ni traces de sang.

Sur un rein malade de néphrite chronique, l'action a été nulle.

6° Dans les hématuries vésicales et rénales, il n'a obtenu aucune amélioration. L. GREFFIER.

I. — Das Iodoform als Antisepticum, par HEYN et ROVSING (*Fortschrifte der Medicin, n°* 2, 1887).

II. — Bemerkung zu den Iodoform untersuchungen von Heyn u. Rovsing (Observations sur les recherches de Heyn et Rovsing), par POTEN (*Ibidem, n°* 5, 1887).

III. — Gegenbemerkungen an Dr Poten (Réponse au Dr Poten), par HEYN et ROVSING (*Ibidem*, *n°* 7, 203, 1887).

IV. — Hat das Iodoform eine antituberculöse Wirkung? (L'iodoforme possède-t-il des propriétés antituberculeuses?), par ROVSING (*Ibidem*, *n°* 9, 1887, *et Gaz. hebdomadaire*, 13 *mai* 1887).

V. — Ueber das Verhalten von Iodoform... (Comment se comporte l'iodoforme vis-à-vis du staphylococcus pyogenes aureus?), par LÜBBERT (*Fortschrifte der Medicin*, *p.* 330, 1887).

VI. — Zur Iodoformwirkung, par de RUYTER (*XVIe Cong. des chir. allemands*, 1887).

VII. — Uber die antituberkulöse Wirkung des Iodoform (Action antituberculeuse de l'iodoforme), par P. BRUNS (*XVIe Cong. des chir. allemands*, 1887).

I. — Une série de recherches expérimentales amènent les auteurs aux conclusions suivantes : contrairement à ce que l'on admet habituellement, l'iodoforme ne possède pas de propriétés antiseptiques; des microorganismes, le staphylococcus aureus en particulier, peuvent se développer dans une préparation iodoformée et conserver toutes leurs propriétés infectieuses; l'iodoforme peut être ainsi le véhicule de bactéries septiques.

Si l'on veut employer cette substance, car on sait qu'elle offre cet avantage de dessécher les plaies et d'être un anesthésique pour les blessures douloureuses, il faut avoir soin de n'employer que de l'iodoforme désinfecté par un lavage minutieux avec une solution de sublimé.

Cette précaution est indispensable, car si l'on se contentait d'appliquer sur la plaie, saupoudrée d'iodoforme, un pansement antiseptique, on verrait se former de petits grumeaux d'iodoforme pouvant contenir dans leur intérieur des germes infectieux.

Ces considérations sont du plus haut intérêt pour la pratique, car on sait que l'usage de l'iodoforme est très universellement employé à l'heure actuelle, dans la thérapeutique chirurgicale.

II. — Poten fait remarquer que, quelque exactes que puissent être les recherches des deux précédents auteurs, elles ne sont point démonstratives; l'iodoforme, en effet, est insoluble dans l'eau, et on comprend qu'il ne puisse, sous forme de poudre, agir comme antiseptique; il est soluble dans l'éther, l'huile, etc., mais on sait que les substances antiseptiques ne sont réellement actives qu'en solutions aqueuses. Il est probable que sur les plaies, de même que le fait se passe pour les solutions, l'iodoforme se transforme en partie en iode libre et que c'est ainsi qu'il devient un efficace moyen antiseptique.

III. — Heyn et Rovsing reprennent les objections qui lui ont été faites par Poten; ils font remarquer qu'il n'est pas prouvé jusqu'à présent que l'iodoforme agisse par l'iode qu'il contient; d'un autre côté, si la poudre d'iodoforme est insoluble, est-ce une raison pour qu'elle n'agisse pas puisqu'elle est volatile? Les partisans de l'iodoforme, Mosetig von Moorhof en particulier, admettent que c'est ainsi que l'iodoforme agit et qu'ainsi s'explique son efficacité dans les plaies anfractueuses. Or, font remarquer Heyn et Rovsing, des cultures conservées, pendant un mois, saupoudrées d'iodoforme, ont continué à se développer.

IV. — Ce sont des recherches expérimentales qu'expose Rovsing, et ses conclusions générales, c'est que l'iodoforme ne possède aucune action quelconque pour empêcher le développement des bacilles de la tuberculose. Au contraire, il semble qu'expérimentalement, l'irritation déterminée par l'iodoforme sur les tissus favorise plutôt le développement du virus tuberculeux. Ainsi, dans plusieurs cas où des inoculations furent faites, dans la chambre antérieure de l'un et de l'autre œil de l'animal mis en expérience, avec des parcelles de tissus tuberculeux, mélangés ou pas avec de la poudre d'iodoforme, le développement de la tuberculose se fit plus rapidement dans le premier cas que dans le second. Rovsing expose dans cet article ses procédés d'expérimentation et le résultat complet de ses recherches.

V. — Lübbert expose les résultats de fort nombreuses recherches : l'iodoforme en poudre, en solutions, que celles-ci déterminent ou pas la mise en liberté d'une certaine quantité d'iode (alcool, chloroforme, éther ou acide acétique pur, huile, alcool amylique, etc.) n'empêche jamais le développement des colonies de staphylococcus aureus. L'iodoforme semble donc bien n'être qu'un antiseptique imparfait, mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, on ne peut conclure de ce qui se passe dans un tube à ce qui se produit sur le vivant, où les conditions de vitalité, de développement des cultures sont entièrement différentes. Aussi a-t-il entrepris de nombreuses expériences sur les animaux. On peut se trouver placé dans ces diverses conditions suivantes : une plaie infectée depuis plus ou moins longtemps est traitée par l'iodoforme; l'application de cette substance est contemporaine à la blessure et à l'inoculation; une plaie aseptique traitée depuis un certain temps par l'iodoforme est infectée. Les conditions de la deuxième hypothèse suffisent pour constater la façon de se comporter de l'iodoforme vis-à-vis des micro-organismes sur l'organisme vivant; aussi l'auteur s'est-il borné à cette seule série de recherches.

Dans aucun cas, et ses recherches sont fort nombreuses, l'auteur n'a vu l'iodoforme, inoculé en même temps que le staphylococcus, empêcher le développement de celui-ci, c'est-à-dire la suppuration locale ou l'infection purulente.

Lübbert pense que l'iodoforme agit sur les plaies de la façon suivante : sous l'influence de cette substance, il se forme, à la surface des plaies, des produits particuliers de coagulation, qui ne sont pas un milieu propice à la pullulation des micro-organismes ; en desséchant ainsi la plaie et empêchant l'accumulation des produits de sécrétion, il facilite le processus de régénération des tissus; si l'iodoforme n'est pas un *antiseptique*, on ne peut cependant pas méconnaître sa grande valeur en chirurgie. W. ŒTTINGER.

VI. — Heyn et Rovsing ont soutenu que les pansements à l'iodoforme étaient non seulement inutiles, mais encore dangereux. Il est vrai que, en dehors des tissus animaux, la poudre d'iodoforme n'a aucune action antiparasitaire. Cette poudre peut même renfermer des germes; toutefois c'est là un accident facile à éviter, puisque l'iodoforme, tant que produit chimique pur, est stérile. Mais si l'on place l'iodoforme dans des bouillons de culture, sa puissance antiseptique se révèle. Le sang ou le sérum stérilisé ne modifient pas l'iodoforme. Mais dès qu'il est en présence de pus ou de microcoques de la suppuration, il subit une modification, se

combine avec les ptomaïnes et leur fait perdre leurs propriétés dangereuses. Ainsi les microcoques, même s'ils ne sont pas tués, deviennent inoffensifs. Pour les désinfections rapides, le mieux est d'employer une solution éthérée et alcoolisée.

Senger a fait également des recherches sur l'action de l'iodoforme : ce produit paraît sans action sur le staphylococcus aureus; mais il limite le développement et diminue la vitalité du bacille du charbon.

VII. — Bruns traite les abcès froids par l'injection d'un mélange de 10 0/0 d'iodoforme avec parties égales de glycérine et d'alcool. Sur 54, il en a guéri 40, dont quelques-uns renfermaient un demi-litre de pus. Dans quelques cas, après une première injection, l'abcès a été ouvert, et la paroi extirpée. L'examen a toujours montré que les bacilles étaient morts et que les tubercules avaient cessé de croître. L'iodoforme a donc une action spécifique sur les bacilles tuberculeux. PIERRE DELBET.

Recherches expérimentales sur l'action biologique du cuivre, par A. CURCI (*La Medicina contemporanea, avril-mai* 1887).

Le cuivre agit d'abord sur les nerfs qu'il paralyse : il abolit les réflexes cutanés, et la sensibilité à la douleur, en paralysant d'abord les centres réflexes de la moelle, puis les centres sensitifs encéphaliques et enfin les centres moteurs cérébraux et spinaux, mais n'a pas d'action sur les muscles striés eux-mêmes. Il paralyse progressivement la respiration et les centres respiratoires et la dyspnée due à cette cause s'aggrave de celle due à l'œdème pulmonaire. Il agit sur le système nerveux excito-moteur intracardiaque et vaso-moteur général, qu'il excite d'abord, d'où l'augmentation de la pression artérielle, puis qu'il paralyse, d'où la diminution de cette pression et la faiblesse du pouls. Il abaisse la température en favorisant la déperdition de la chaleur. La mort est due à la paralysie respiratoire, à l'œdème pulmonaire produit par la paralysie vaso-motrice, et à la paralysie cardiaque.

Le cuivre est donc primitivement et principalement un poison nerveux pour le système de la vie animale et pour le système de la vie végétative. Son action a, avec celle de l'argent et celle de l'or, une grande analogie, de même que ces trois métaux ont une grande analogie chimique. GEORGES THIBIERGE.

Note on some obscure cases of poisoning by lead chromate (Empoisonnements par le chromate de plomb se manifestant surtout par de l'encéphalopathie), par David Denison STEWART (*Med. News*, 18 *juin* 1887).

Stewart rapporte l'observation d'une famille, composée de 9 personnes, dont 8 furent prises, à quelques semaines d'intervalle, d'accès éclamptiques, survenant en plein état de santé et précédés seulement de quelques signes gastriques, vomissements bilieux. Quatre d'entre elles succombèrent.

La forme insolite de ces attaques, les troubles intestinaux, la présence de liséré gingival firent soupçonner une intoxication par le plomb. Après une enquête sévère, Stewart apprit que cette famille se fournissait, depuis quelque temps, chez un nouveau boulanger, de pain pour le thé.

Or ce boulanger avait perdu, de mai 1884 à janvier 1886, sa femme et 6 enfants, de convulsions. On trouva chez lui une poudre jaune (chromate de plomb) avec laquelle il colorait ses gâteaux. La famille qui avait été

victime de ces empoisonnements achetait chaque jour 12 à 18 petits pains et le double le dimanche.

L'auteur insiste sur cette forme, assez rare au point de vue de la rapidité d'apparition, d'encéphalopathie toxique chez 8 personnes. A. C.

Ueber den Einfluss der Thierart und der Temperatur auf die Wirkung des Opiums und des Morphiums (Influence de l'espèce animale et de la température sur l'action de l'opium et de la morphine), par T. Lauder BRUNTON et J. Theodore CASH (*Carl Ludwig's Beiträge zur Physiologie*, *p.* 149, 1887).

L'empoisonnement par l'opium ou la morphine augmente les pertes de chaleur chez le pigeon et le cobaye, diminue la production de chaleur chez le pigeon et trouble la régulation de la température chez tous deux, surtout chez le cobaye. Il est regrettable que les auteurs se servent encore des mesures de longueur anglaises et du thermomètre Fahrenheit.

LÉON FREDERICQ.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — De l'emploi de la vaseline dans les injections hypodermiques antiseptiques, par Albin MEUNIER (*Bulletin général de thérapeutique*, *p.* 21, 15 *janvier* 1887).

II. — Nouvelles formules d'antiseptiques injectables, par Albin MEUNIER (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 *janvier et* 28 *février* 1887).

III. — Sur la vaseline liquide, par BOCQUILLON, DUJARDIN-BEAUMETZ (*Soc. de thérap.*, 9 *février* 1887).

IV. — Du traitement de la phtisie pulmonaire par les injections hypodermiques d'eucalyptol, par BALL (*Bullet. de l'Ac. de méd.*, 2° *série*, *t. XVII*, *n°* 12).

V. — Les injections sous-cutanées d'eucalyptol dans le traitement des phtisies, par L. BOUVERET et A. PÉCHADRE (*Lyon méd.*, 13 *février* 1887).

VI. — Nouvelle formule d'un eucalyptol injectable, par L. JACQUEMAIRE (*Lyon méd.*, 6 *mars* 1887).

VII. — Nouvelle note sur les antiseptiques injectables, par A. MEUNIER (*Soc. des sc. méd.*, 19 *janvier*, *Lyon méd.*, 29 *mars* 1887).

VIII. — Des injections hypodermiques antiseptiques à base d'huiles minérale et végétale dans le traitement des affections pulmonaires, par LEY (*Bulletin général de thérapeutique*, *p.* 246, 30 *mars* 1887).

IX. — Expériences destinées à rechercher l'action sur le bacille tuberculeux de la solution d'eucalyptol à 5 0/0, par CHABANNES et PERRET (*Soc. des sc. méd.*, *janvier ; Lyon méd.*, 3 *avril* 1887).

X. — Quelques mots sur les injections hypodermiques d'eucalyptol, par BIOT (*Lyon méd.*, 22 *mai* 1887).

I. — Partant de ce principe que les vaselines *pures* de pétrole se dif-

fusent très facilement et sans réaction ni douleur dans tous les tissus de l'homme, et que cette propriété persiste après addition d'un agent thérapeutique *chimiquement pur* et à doses tolérées, l'auteur a expérimenté, en injections hypodermiques et en applications externes, diverses solutions de vaseline et d'agents médicamenteux (essences, iodoforme, sulfure de carbone, copahu, phénol, etc...).

Une vaseline pure ne doit pas noircir au contact de l'acide sulfurique; saturée de phénol et légèrement chauffée, elle ne doit ni se colorer ni donner de précipité.

Pour préparer les solutions, l'auteur recommande : agiter vivement l'essence avec la vaseline, laisser reposer et filtrer sur une double feuille de papier Berzélius.

Il est bon d'expérimenter d'abord la solution sur des animaux pour en éprouver la tolérance.

Ces solutions se recommandent tout spécialement pour les pansements antiseptiques. Il suffit, pour cela, de tremper les appareils dans le mélange dont on peut, d'ailleurs, faire varier la consistance suivant les besoins.

Voici quelques formules publiées par l'auteur :

1) Eucalyptol : 5 grammes; vaseline *pure :* 20 grammes;
Doses tolérées (en injections) : 1 à 15 grammes par jour.

2) Eucalyptol : 5 grammes; iodoforme $0^{gr},25$; vaseline : 20 grammes;
Doses tolérées : comme plus haut.

3) Sulfure de carbone : 1 ; vaseline : 19;
Doses tolérées : 1 à 2 grammes par jour par petites quantités.

4) Térébenthène pur : 5; vaseline : 20; 1 à 10 grammes par jour.

On n'a jamais constaté d'albuminurie. WINTER.

II. — Dans un second article, Meunier fait connaître un certain nombre de formules pour injections de diverses substances.

L'innocuité des vaselines médicales pures permet d'en injecter jusqu'à la dose de 100 grammes par jour. Aussi l'auteur se propose-t-il d'étudier l'action, à hautes doses, de la vaseline: 1) comme antidote de la naphtaline qui, chez le lapin, provoque la cataracte; 2) comme dissolvant de la cholestérine accumulée des calculs hépatiques, etc...

La vaseline pure étant digestible, toutes les solutions précédentes peuvent être absorbées par les voies digestives, sur du sucre ou en capsules. La méthode se recommande tout particulièrement pour le chloroforme.

En lavements, on peut avec avantage se servir de ces solutions en interposant entre la canule et le tube abducteur un réservoir renfermant la vaseline antiseptique : celle-ci est entraînée par l'eau tiède.

En résumé, l'auteur recommande, pour les injections hypodermiques, l'emploi de solutions diluées avec injections répétées plusieurs fois par jour. WINTER.

III. — D'après Bocquillon, la vaseline, à employer pour les injections, doit être absolument neutre, sans goût, ne pas renfermer d'huiles légères de pétrole. Elle ne dissout pas les corps suivants : eau, alcools, acide salicylique, alcaloïdes, glucosides, naphtol, acétanilide; elle dissout, par contre, l'éther, le chloroforme, les essences, la benzine, l'iode, le brome.

Dujardin-Beaumetz a employé, dans un grand nombre d'affections pulmonaires les injections d'eucalyptol et vaseline à parties égales. La toux et l'expectoration étaient notablement diminuées. Il a employé aussi l'iode à 1 0/0 et en a obtenu de bons effets dans l'emphysème avec accès d'asthme. Les injections de terpinol n'ont pas donné de grands résultats.

A. C.

IV. — Ball a traité 21 malades par cette méthode : 6 sont morts, 10 ont été améliorés et ont quitté l'hôpital ; 5 sont encore en traitement. L'un de ces derniers n'a plus de bacilles dans les crachats.

D'une manière générale, le médicament agit surtout sur les conditions septiques, amène la cessation des sueurs nocturnes, la diminution de la toux, de la diarrhée, de l'expectoration. Une fois, il y a eu des accidents gastralgiques. A. C.

V. — Bouveret et Péchadre ont essayé chez 15 phtisiques le traitement par les injections d'eucalyptol. Le médicament, choisi aussi pur que possible, était dissous dans la pétro-vaseline, au 1/5 ou au 1/4. La durée du traitement a varié de 30 à 40 jours, chaque malade recevant journellement, à la cuisse, une dose d'eucalyptol progressivement élevée à 1gr,60, à 2 grammes.

D'après les observations recueillies par les auteurs, les injections sont en général assez douloureuses, s'accompagnant d'empâtement du tissu cellulaire, sans aller jusqu'à l'abcès. L'eucalyptol est très rapidement absorbé ; quelques minutes après l'injection, les malades accusaient l'odeur dans la bouche, se plaignaient de chaleur dans la poitrine, quelquefois d'excitation, de mal de tête. La plupart ont fini par se refuser à suivre le traitement.

Dans les phtisies fébriles, les résultats ont été nuls, plutôt mauvais ; aucune diminution des bacilles, crachats aussi abondants. Il a même semblé, dans plusieurs cas, que le traitement ait donné lieu à des poussées aiguës. L'eucalyptol est sans action sur la fièvre qui procède de l'infection tuberculeuse aussi bien que sur la fièvre hectique.

Dans les formes apyrétiques, on observe une diminution des crachats, une augmentation de poids, en un mot, une amélioration ; mais les injections ne donnent pas de résultats sensiblement supérieurs aux autres médications qui améliorent ces formes torpides. En résumé, l'eucalyptol n'est pas un spécifique de la tuberculose ; il est inefficace et même dangereux dans les phtisies fébriles. A. C.

VI. — Jacquemaire propose de dissoudre l'eucalyptol ou les autres essences que l'on voudrait employer dans de l'huile d'olives ou d'amandes douces au tiers, à moitié. L'huile se diffuse aussi bien dans les tissus que la pétro-vaseline. A. C.

VII. — Meunier fait connaître diverses solutions pour injections, dans la vaseline pure : iodoforme, 1 0/0; térébenthène pur, 25 0/0; menthol, 10 sur 90; thymol, 1 sur 200; phénol, 1 0/0; iode, 1 0/0.

Meunier signale la difficulté d'avoir de l'eucalyptol pur de tout mélange et croit qu'on ne peut encore se prononcer sur son efficacité. Il recommande d'essayer la vaseline avec l'acide sulfurique absolument pur et bouillant. Une vaseline pure ne doit pas noircir. A. C.

VIII. — L'huile de vaseline *médicinale* est extraite, par la distillation, des pétroles de Russie. — Elle diffère de l'huile de vaseline *vraie*,

extraite par l'éther des pétroles d'Amérique, par l'absence complète de paraffine cristallisable. C'est une huile incolore, inodore, insipide; sa densité varie entre 820 et 880 à +15°; elle est inoxydable, parfaitement neutre et d'une conservation parfaite. En injections sous la peau, elle ne produit aucune douleur et se diffuse très promptement. Elle a un pouvoir dissolvant très étendu.

Pour trancher la question de l'assimilation de l'huile minérale affirmée par Albin Meunier, controversée par d'autres, Ley a fait des expériences comparatives avec des huiles végétales et spécialement avec l'huile d'arachides qui, purifiée et neutralisée, se conserve longtemps. Néanmoins elle finit par s'oxyder. Elle présente sur la vaseline l'avantage de dissoudre et de rendre très tolérable en injections, le *phénol* en proportions assez considérables. Au point de vue de la nutrition, l'auteur n'a pas, jusqu'à ce jour, constaté de différence entre les deux véhicules. Les agents oxydants et les mercuriaux, d'ailleurs, ne sauraient être injectés avec l'huile végétale.

Passant en revue divers *agents antiseptiques* (eucalyptol, iodoforme, iode, phénol) associés à la vaseline, l'auteur donne la préférence à l'iode et au phénol, l'eucalyptol et le sulfure de carbone ne se plaçant qu'en seconde ligne. Les injections d'eucalyptol peuvent être faites avec des solutions de 20 à 50 °/₀ à la dose de 60 à 75 centigrammes, répétées tous les deux jours seulement, ou journellement, en laissant, après 15 à 20 jours, reposer le malade pendant quelques jours. L'eucalyptol, absorbé facilement, s'accumule dans l'économie et s'élimine surtout par les voies respiratoires. Son action est locale et ne porte nullement sur la fièvre tuberculeuse. Le phénol, associé à l'iode, est préférable et ses effets constants et durables, retentissent sur l'organisme entier. WINTER.

IX. — Ces expériences ont consisté à injecter à des cobayes, des quantités variées de crachats tuberculeux et de solution d'eucalyptol au tiers, à moitié, au quart. Dix animaux ont reçu ces injections; 3 sont morts après 8 jours sans trace de tuberculose, mais avec de vastes abcès au point d'inoculation; 2, 10 jours après, tuberculose probable; 3 après 16 à 22 jours, tuberculose certaine; 1 tué au 32e jour, tuberculose. Un reste vivant, et il n'a reçu qu'une injection de crachats sans eucalyptol.

Les auteurs concluent que la valeur de l'eucalyptol comme microbicide est nulle.

X. — Dans cette note, Biot insiste sur les avantages de cette médication, certitude d'ingestion et d'absorption, indolence, innocuité, pas de troubles de l'appareil digestif, etc. Il relate un cas intéressant d'ostéoarthrite tuberculeuse du genou avec fongosités, menaces de résection qu'il a traité par les injections quotidiennes, pendant 18 jours avec plein succès. A. CARTAZ.

I. — The treatment of affections of the respiration passages and blood-poisonings by gaseous enemata, par J. SOLIS COHEN (*Med. News*, 2 *avril* 1887).

II. — The treatment of pulmonary diseases by gaseous enemata, par Edward-T. BRUEN (*Ibidem*).

III. — A case of phthisis treated for eight weeks (8 semaines) by rectal injections of gas, par E.-L. TRUDEAU (*Ibidem*, 23 *août* 1887).

IV. — Asthma treated by Bergeon's method, par S. SOLIS COHEN (*Philad. count med. Soc.*, 11 *mai* 1887).

V. — Bergeon's method of treating phthisis, par Edward-T. BRUEN (*Med. news*, 2 *juillet* 1887).

VI. — Six cases of phthisis and one of chronic bronchitis with emphysema and asthma, treated by rectal gaseous enemata, par SHATTUCK et Henry JACKSON (*Ibidem*, 2 *juillet* 1887).

VII. — The treatment of phthisis by gaseous enemata, par W. PEPPER et Crozer GRIFFITH (*Med. News*, 2 *juillet* 1887).

VIII. — Traitement de la tuberculose par les injections rectales d'acide carbonique et d'eucalyptol, par S. PERRET (*Lyon méd.*, 15 *mai* 1887).

I. — Dans cette leçon, Solis Cohen décrit la méthode de Bergeon, formule ses indications, ses avantages. Il a employé l'eau naturelle sulfureuse (red sulphur spring water) et pour faciliter le dégagement du gaz, plonge le récipient dans un bain-marie. Les malades auxquels il a appliqué ce traitement s'en sont bien trouvés, mais il faut attendre les résultats pour se prononcer.

II. — Bruen a constaté que les lavements gazeux sulfurés amenaient un abaissement de la température, une cessation des sueurs, une diminution de la toux et de l'expectoration. Il n'a jamais constaté d'effets nocifs du fait des lavements, dont la dose variait de 3/4 à 1 gallon (4 lit. 1/2) de gaz, deux fois par vingt-quatre heures. Dans un cas de phtisie, cependant, les résultats ont été nuls ; quant aux cas de phtisie avec lésions intestinales, les expériences sont trop peu nombreuses pour se prononcer.

L'effet du traitement semble être surtout antiseptique ; en diminuant la suppuration, en atténuant les symptômes, il permet au malade de reprendre l'appétit et les forces. C'est plutôt une thérapeutique sédative qu'une méthode curative.

III. — Relation d'un cas de phtisie traité par la méthode de Bergeon ; résultats très satisfaisants ; mais, après huit semaines, les crachats contenaient toujours des bacilles.

Pour s'assurer de l'action germicide de l'eau sulfureuse, Trudeau a fait passer dans une culture de bacilles, 8 litres de gaz carbonique ayant traversé une bouteille d'Eaux-Bonnes ; le liquide cultivé dans 6 tubes de sérum sanguin a fourni des cultures abondantes de bacilles. Le reste du liquide injecté dans la cavité pleurale de deux lapins a amené une tuberculose généralisée, à évolution rapide.

Mêmes résultats avec l'eau de Richfield. Les injections rectales ne constituent donc pas une médication spécifique de la tuberculose, bien qu'elles donnent de bons résultats.

IV. — Femme de 50 ans, tempérament nerveux, souffrant depuis plusieurs années d'attaques d'asthme spasmodique, d'une durée de dix à douze jours. Pas de bronchite ni de dypsnée dans l'intervalle. Soulagement immédiat, dans une crise, par les injections rectales sulfurées carboniques.

V. — Dans cette seconde note, Bruen donne les résultats des injections rectales chez 37 malades nouveaux. Dans presque tous les cas, il a observé la diminution de la toux et de l'expectoration, l'abaissement de la température, la suppression des sueurs nocturnes. Il a employé l'eau

sulfureuse artificielle et celle des sources de Sharon-spring. D'après ses observations, la méthode de Bergeon est un adjuvant précieux des conditions générales qui doivent préciser à la thérapeutique de la phtisie.

VI. — D'après leurs observations, Shattuck et Jackson concluent que des symptômes toxiques, nausées, vomissements, céphalée, collapsus et diarrhée peuvent être le résultat de ces injections sulfureuses. Quand la solution du gaz sulfureux est chauffée, les inconvénients sont moindres.

Cette méthode ne constitue pas un spécifique pour la phtisie : c'est un moyen thérapeutique auxiliaire. Le seul avantage qu'ils aient nettement constaté est la diminution de l'expectoration.

VII. — Résultats obtenus chez 34 malades, dont 10 n'ont été soumis que très peu de temps à ce traitement. Chez les 24 autres, les lavements ont été donnés pendant 12 à 56 jours, la moyenne ayant été de 25 injections.

La température n'a jamais été ramenée à l'état normal ; chez 11 malades, il n'y eut aucun abaissement.

Le poids a été augmenté chez 8 malades (dans un cas 8 livres en 37 jours) ; stationnaire chez 6 ; diminué chez 6.

La toux a été moindre chez 7 malades. L'expectoration n'a diminué que dans 4 cas ; chez 5 malades, elle a augmenté.

Les bacilles ne semblent pas diminuer.

On a noté des coliques chez 11 malades sur 24 ; chez un, il y eut un état de collapsus alarmant.

En résumé, les auteurs n'ont pas constaté les résultats favorables attribués à cette méthode, dont l'indication leur paraît restreinte à certains cas. A. CARTAZ.

VIII. Perret a essayé ce traitement chez 18 malades atteints de phtisie, les uns avec fièvre, les autres avec apyrexie relative, d'autres encore avec apyrexie franche.

Les résultats ont été peu satisfaisants ; chez les uns, la tuberculose a progressé sans arrêt ; dans deux cas, il y eut une véritable poussée aiguë.

Dans les formes apyrétiques, la nutrition surtout a été modifiée ; l'état local est en général resté stationnaire.

Perret conclut que les injections rectales ne paraissent pas jouir d'une action microbicide ; qu'elles peuvent modifier les phénomènes bronchiques et diminuer l'expectoration ; qu'elles agissent sur la nutrition, mais surtout dans les formes apyrétiques, au même titre que les autres médicaments ; qu'elles répondent dès lors à des indications particulières.

IV. — Faust a administré l'antifébrine à 72 fébricitants, dont 29 typhiques, 11 phtisiques et 9 rhumatisants. Dans la fièvre typhoïde, il a obtenu des résultats qu'il juge très satisfaisants ; l'antifébrine procurait aux malades une sensation de bien-être, une diminution du vertige, elle nettoyait la langue, excitait l'appétit et calmait l'agitation nocturne. Chez les femmes, il suffisait de 25 centigrammes pour provoquer une rémission matinale de 3 ou 4° ; chez les hommes, il fallait 50 centigrammes. On ne donnait jamais plus de $1^{gr},50$ en vingt-quatre heures ; pas de vomissements. Si l'antifébrine diminue pendant la journée le nombre des heures de fièvre, elle n'abrège pas la durée de la maladie ;

elle agit donc comme antipyrétique et non comme spécifique. Sur les 29 cas, l'auteur a compté 3 rechutes, 1 seul décès. Il est souvent utile d'associer à l'antifébrine l'usage des bains.

Dans les autres affections, même action antipyrétique. Pas d'action spécifique contre le rhumatisme aigu. L. GALLIARD.

Tuberculose et sels (phosphate) de cuivre, par A. LUTON (*Union méd. du Nord-Est*, 15 *février* 1887).

L'emploi du cuivre sous forme de phosphate de cuivre permet de triompher de l'intolérance qui était un des écueils de l'usage de ce médicament. Luton donne le phosphate de cuivre à l'état naissant; c'est, en effet, un mélange d'acétate de cuivre (1 centigramme) et de phosphate de soude cristallisé (5 centigrammes) que l'auteur recommande comme dose quotidienne initiale pour l'adulte. Voici quels seraient les résultats fournis par cette médication : dans les cas de tuberculose pulmonaire, d'allure de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie catarrhale, succès complet. Dans les tuberculoses à forme de fièvre continue, dans celles où la localisation du mal s'est définitivement opérée à l'un des sommets du poumon (bronchites sous-claviculaires, sous-épineuses, pneumonies subaiguës, apoplexies symptomatiques, etc.), la médication cuprique permet, dit l'auteur, d'obtenir la guérison. Enfin, dans les cas qui commencent au ramollissement du tubercule, avec apparition de cavernes pour finir par la fièvre hectique et les colliquations ultimes, Luton devient moins affirmatif. Cependant, dit-il, on conçoit que dans maintes circonstances l'existence d'une caverne n'est pas incompatible avec la guérison, et c'est précisément ce que j'ai observé. P. PARISOT.

Ueber die Behandlung der Lungentuberculose mit Kreosot (Traitement de la phtisie pulmonaire par la créosote), par Julius SOMMERBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 15, *p.* 258, 11 *avril* 1887).

Depuis 9 ans, Sommerbrodt a traité tous les tuberculeux qu'il a vus, au nombre d'environ 5,000, par la créosote. Lorsque les lésions pulmonaires se bornent encore à des indurations des sommets, on les voit rétrocéder sous l'influence du traitement. Sommerbrodt a même vu la cicatrisation d'ulcérations laryngées.

La seule contre-indication à la créosote est les époques menstruelles, car ce médicament lui a paru augmenter les règles. La même médication lui a semblé très active contre les adénites scrofuleuses de cou chez les adolescents.

Il fait prendre des capsules gélatineuses renfermant 5 centigrammes de créosote et 20 centigrammes de baume de tolu. La dose quotidienne est de 3 capsules les 8 premiers jours; chaque semaine suivante, il l'augmente d'une jusqu'à la 4e, et dès lors continue deux mois la dose de 6 capsules par jour, pour arriver enfin à 9 capsules. Si besoin est, le même traitement est poursuivi durant un an, avec les repos nécessaires. J. B.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par inhalations des vapeurs d'une solution aqueuse d'acide picrique à l'ébullition, par François HUE et Samuel BRUÈRE (*Gaz. hebdom. de méd.*, 13 *mai* 1887).

Les auteurs ayant remarqué qu'un ouvrier phtisique, employé à la

fabrication de l'acide picrique, avait vu son état s'améliorer en très peu de temps, eurent l'idée de soumettre un certain nombre de malades à l'inhalation de vapeurs d'eau saturée de cet acide (5 à 6 0/0). Les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'à présent sont très satisfaisants. Les seuls inconvénients sont la saveur amère de cet agent, la teinte jaune qu'il communique au tégument et aux vêtements. Quatre observations à l'appui, où les lésions pulmonaires ont été profondément amendées. A. CARTAZ.

I. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses, par P. GUERDER (*Union médic.*, 17 *juin* 1886).

II. — Behandlung des Keuchhustens mit Insufflation (Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales), par MICHAEL (*Société méd. de Hambourg*, 3 *novembre* 1886).

III. — Du traitement de la coqueluche par les insufflations nasales antiseptiques, par MOIZARD (*Journ. de méd. et de chir.*, *mai* 1887).

IV. — Ueber eine neue Behandlungsweise des Keuchhustens (Nouveau traitement de la coqueluche), par SONNENBERGER (*Deutche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 280, 1887).

I. — Guerder, sans connaître les résultats obtenus par Michael, a traité 30 cas de coqueluche par les insufflations nasales d'un mélange d'acide borique et de café torréfié, pratiquées deux fois par jour. 13 enfants avaient été traités au début par les pectoraux et les calmants; il y eut 3 cas de pneumonie, 2 morts. Les 17 autres, traités exclusivement par les insufflations, eurent une diminution rapide des quintes et une guérison en peu de jours, sans aucune complication. A. C.

II. — Michael pratique chaque jour, chez les enfants atteints de coqueluche, des insufflations de poudres médicamenteuses dans les fosses nasales : sulfate de quinine, nitrate d'argent à 1/10, acide benzoïque. Sur 100 cas, il a vu 8 fois la guérison à la suite d'une seule insufflation, et sur ces 8 guérisons il y en eut 5 définitives ; 12 fois le résultat a été nul, 14 fois la maladie s'est aggravée. Enfin l'auteur a constaté 66 fois l'amélioration par le traitement.

En moyenne, la guérison s'est effectuée en 15 jours. Le traitement réussit, même chez les enfants au-dessous d'un an. (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 68). L. GALLIARD.

III. — Moizard emploie un mélange de benjoin et de salicylate de bismuth, *aa*, 5 grammes, sulfate de quinine, 1 gramme. Les insufflations étaient faites de 3 à 5 fois par jour. Il a obtenu une rémission remarquable des quintes et une suspension complète des vomissements.

Moizard publie plusieurs observations personnelles et des observations dues à Cartaz, qui a obtenu, dans 2 cas, des résultats remarquables avec le mélange de benjoin et de sous-nitrate de bismuth. A. C.

IV. — Sonnenberger a traité 70 cas de coqueluche par l'antipyrine. Il donnait aux jeunes enfants $0^{gr},10$; aux adolescents $0^{gr},50$ ou 1 gramme. Les résultats ont été satisfaisants. L'antipyrine a atténué l'intensité des accès et en a diminué le nombre. Les enfants, traités dès le début, guérissaient en 3 et 5 semaines. Dans quelques cas, l'action du médicament paraissait nulle les premiers jours, mais bientôt elle devenait évidente, quand on avait soin de continuer la cure. L. GALLIARD.

I. — Action de l'acétanilide (antifébrine) sur les échanges organiques chez l'homme sain, par P. LIVIERATO (*La Riforma medica*, 2 *et* 3 *mai* 1887).

II. — Ueber die Wirkung des Antifebrin, par LANG (*Wien. med. Presse*, *n°* 22, *p.* 768, 1887).

III. — Ueber Antifebrin, par Armin HUBER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 1, *p.* 2, 1er *janvier* 1887).

IV. — Ueber Antifebrin, par FAUST (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 328, 1887).

I. — Dans le plus grand nombre des cas, sous l'action de 1gr,50 à 2 grammes d'acétanilide, il y a augmentation de la sécrétion de l'urée, surtout dans les premiers jours ; mais cette augmentation n'est pas constante et il peut y avoir une diminution. Dans un cas, l'administration de 3 grammes d'acétanilide fut suivie d'une diminution de la sécrétion de l'urée. La quantité de l'urine émise ne subit pas de modification appréciable, ou bien est augmentée.

La quantité d'acide carbonique éliminé par la respiration est notablement diminuée.

La température, le pouls et la respiration ne subissent aucune modification. GEORGES THIBIERGE.

II. — L'antifébrine abaisse la température, mais on ne peut comparer son action antipyrétique à celle de la quinine ou de l'antipyrine. Elle offre l'avantage de ne pas provoquer, comme ces médicaments, de désordre secondaire.

Elle diminue l'énergie cardiaque, probablement par excitation du nerf vague, peut-être par action sur l'appareil nerveux intracardiaque. Il ne faut donc pas l'administrer sans surveiller avec soin le cœur.

En même temps, elle ralentit le rythme respiratoire.

L'auteur la recommande plutôt dans la tachycardie de la maladie de Basedow, l'asthme nerveux, les affections des orifices que dans les pyrexies. L. GALLIARD.

III. — Eichhorst a fait prendre de l'acétanilide à 13 typhoïdiques, 4 tuberculeux, 2 pneumoniques, 1 paludéen et à 1 malade atteint de pyonéphrose. Chez une pneumonique seulement, tout effet antipyrétique a manqué, même à la dose énorme de 4gr,5 ; mais chez cette malade, l'antipyrine et l'acide salicylique s'étaient montrés aussi impuissants.

L'abaissement de température a toujours commencé une heure après l'administration du médicament et l'apyrexie, en dehors des idiosyncrasies, a duré plus ou moins longtemps suivant la dose et suivant la nature de la maladie. C'est chez les phtisiques que l'effet a été le plus durable ; il a, presque sans exception, suffi d'une dose unique de 50 centigrammes d'antifébrine pour maintenir ces malades sans fièvre toute une journée, jusque tard dans la soirée ; plusieurs fois même leur température est tombée à 34°.

Chez les typhoïdiques, 50 centigrammes ont donné, en moyenne, une apyrexie de quatre à cinq heures, et une quantité double, une apyrexie de six à sept heures. La fièvre rémittente considérable d'un malade atteint de pyonéphrose a disparu six heures durant par l'administration de 50 centigrammes d'antifébrine.

La réascension de la température offre beaucoup de variétés. Dans la

majorité des cas, elle est, il est vrai, graduelle; mais, dans une importante minorité, elle est brusque et s'accompagne alors d'un violent frisson, qui est constant à la dose de 1gr,50.

En général, la réascension brusque est plus commune après les doses élevées. Mais, chez le même malade et avec la même dose, on peut, d'un jour à l'autre, observer des différences à cet égard. Le frisson est plus fréquent chez les femmes ; son intensité n'est pas en rapport avec la dose du médicament.

Sara Welt, dans sa thèse, a montré que, d'après les observations faites à la clinique d'Eichhorst, à Zurich, le frisson survient dans 0,5 0/0 des doses d'antipyrine et dans 12 0/0 de celles de thalline. Il résulte des chiffres de Huber qu'il se montre dans 21 0/0 des doses d'antifébrine ; nous sommes donc loin des assertions de Cahn et Hepp (*R. S. M.*, XXIX, 50), et de Krieger (*Centr. Blatt f. klin. Med.*, 1886, n° 44) qui en nient l'existence. Il en est de même pour les sueurs que Cahn et Hepp disent modérées et que Krieger passe sous silence. Presque sans exception, les malades d'Eichhorst ont eu des sueurs profuses déjà avec 50 centigrammes d'acétanilide.

L'antifébrine est d'ailleurs mieux tolérée que l'antipyrine et ne détermine pas de vomissements.

Huber ne rapporte qu'un seul cas d'exanthème papuleux de la face et des membres supérieurs chez une typhoïdique qui avait pris deux jours de suite 50 centigrammes d'acétanilide. Quelques cas de collapsus avec cyanose, sueurs froides et respiration accélérée ont été notés, mais le pouls était resté bon et n'avait pas augmenté de fréquence.

En résumé, l'antifébrine est un antipyrétique excellent, agissant très vite et à très petites doses, de sorte qu'il est facile, en graduant les doses suivant les susceptibilités individuelles, de supprimer plus ou moins complètement le frisson si désagréable qui accompagne la réascension de la température. (*R. S. M.*, XXIX, 504.) J. B.

Erfahrungen ueber das Salol, par Fr.-Eduard GEORGI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 147, 28 *février*, *n°* 10, *p.* 168, *et n°* 11, *p.* 188, 7 *et* 14 *mars* 1887).

Kleefeld et Georgi ont administré le salol à 40 malades dont 20 étaient atteints de rhumatisme articulaire ou musculaire. Ce médicament leur a toujours donné des résultats satisfaisants, à la fois comme antirhumatismal et comme antifébrile.

Jamais ils n'ont dépassé la dose quotidienne de 6 grammes, répartie en plusieurs prises.

2 ou 3 grammes suffisent généralement pour faire tomber la fièvre. Le maximum d'effet antithermique s'observe de 4 à 5 heures après l'administration du médicament; la réascension du thermomètre est toujours accompagnée de sueurs modérées. J. B.

Ueber die Erfolge der Salolbehandlung bei 30 Gelenksrheumatismen (Résultats du traitement par le salol de 30 cas de rhumatisme articulaire), par BEHM (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 251, 4 *avril* 1887).

Le salol a été administré à la dose quotidienne de 6 à 8 grammes, prise gramme par gramme. Il a sur l'acide salicylique la supériorité de

n'avoir aucune saveur désagréable et d'occasionner beaucoup plus rarement des désordres gastriques; une seule fois, il a déterminé des vomissements passagers. Quelques malades ont eu des régurgitations acides qui n'ont pas duré.

L'appétit est presque toujours resté bon. Les sueurs se sont montrées dans les deux tiers des cas, mais jamais aussi abondantes qu'avec l'acide salicylique. 5 des 30 malades ont ressenti des bourdonnements d'oreilles qui n'ont pas tardé à disparaître; aucun n'a éprouvé de surdité. Presque tous ont eu, dans les premiers jours seulement, une coloration noir verdâtre des urines.

Une malade a pris en tout 243 grammes de salol; elle avait depuis 5 mois une arthrite du genou qui avait résisté à de fortes doses d'acide salicylique et à tous les topiques; peu de jours après le début du salol, cette femme n'avait plus de douleurs.

En résumé, le salol ne saurait être considéré comme antipyrétique ni dans le rhumatisme ni dans la fièvre typhoïde (*R. S. M.*, XXIX, 492). J. B.

I. — Zur Behandlung des acuten Gelenksrheumatismus mit Salol (Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salol), par BIELSCHOVSKY (*Wien. Med. Blätter*, *n°* 9, 1887).

II. — Ueber die Heilwirkung des Salols (Du salol dans le rhumatisme articulaire aigu), par KLEEFELD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 4, *p.* 68, 24 *février* 1887).

I. — Bielschowsky a eu l'occasion d'expérimenter le salol dans 27 cas de rhumatisme. Ce médicament fut donné en capsules, à la dose de 5 grammes par jour dans l'espace de 5 heures, quelquefois 8 grammes en 8 heures. A la fin de l'attaque, on donna 2-3 grammes.

Sur les 27 malades, 19 furent guéris rapidement et radicalement; dans deux cas, le salol fut de faible efficacité; dans les 6 derniers, le rhumatisme passa à l'état chronique. Parmi les 19 cas de guérison, 14 étaient des rhumatismes graves soit par la température élevée, soit par le grand nombre de jointures prises. On observa huit fois des récidives; une nouvelle dose suffit pour amener la guérison. La durée de la maladie fut de 4 à 8 jours. Le salol ne présente pas les mêmes inconvénients que le salicylate de soude. Un malade n'a eu qu'un faible bourdonnement d'oreille. Pas d'éruption, ni de sueurs. L'appétit et les fonctions digestives étaient conservés chez la plupart des malades. BARBE.

II. — Kleefeld a administré le salol à 35 malades atteints de rhumatisme articulaire aigu ou de névralgies diverses. Voici ses conclusions :

Comme sûreté d'action, dans le rhumatisme articulaire et les différentes formes de névralgies, le salol est au moins l'égal de l'antipyrine et du salicylate de soude. Il présente en outre les avantages suivants :

Jamais il ne donne lieu à du collapsus ou à des vomissements, mais exceptionnellement il détermine quelques bourdonnements d'oreille;

Les malades le prennent facilement parce qu'il n'a ni saveur ni odeur;

Jamais on n'a eu besoin de dépasser la dose quotidienne de 6 grammes répartie en 3 prises; assez souvent, 3 doses de 5 grammes ont été suffisantes (*R. S. M.*, XXIX, 492). J. B.

Antipirina e antipiresi, par G. CATTANI (*Gazetta medica Italiana-Lombardia*, 1886).

1° L'antipyrine abaisse la température fébrile. Elle est remarquable tant par l'intensité que par la durée de l'hypothermie.

2° Ordinairement il faut donner une première dose un peu élevée, et ensuite d'autres petites doses, de façon à maintenir l'action antithermique pendant plusieurs heures : car l'influence hypothermique de petites doses est légère et fugace. Pour obtenir la plus grande efficacité, il faut administrer le matin une première dose un peu considérable, puis successivement de petites doses dans le courant de la journée.

3° La dose doit varier suivant le degré thermométrique, dans les fièvres élevées et continues, il est nécessaire d'employer des doses d'au moins 6 grammes.

Dans les fièvres intermittentes ou à forte rémittence, il suffira d'employer des doses de 1 à 3 grammes.

On peut d'ailleurs impunément dépasser la dose de 6 grammes quand l'action thérapeutique ne s'est pas produite, et quand il n'y a pas de contre-indications (abattement, vomissements).

4° On peut user de doses relativement élevées, sans avoir d'effets nocifs immédiats ou consécutifs. Le collapsus, les vomissements et les autres accidents sont excessivement rares. Toutefois, avant d'administrer des doses élevées, il est prudent d'étudier la tolérance des sujets et l'action thérapeutique au moyen de petites doses.

5° L'antipyrine ne prévient pas la fièvre, mais elle peut déterminer un abaissement apyrétique ou quasi-apyrétique. Mais, dans la majorité des cas, elle n'a pas d'influence sur l'abréviation du cours de la maladie.

6° L'hypothermie produite par l'antipyrine est toujours accompagnée d'un véritable bien-être, alors même qu'il se produit des vomissements; on peut obtenir des températures au-dessous de la normale (34,5).

7° Il arrive rarement que l'organisme s'habitue à l'antipyrine de façon à n'en plus ressentir l'action; il convient alors d'en suspendre l'usage pendant un ou deux jours, pour le reprendre ensuite.

8° Pour ce qui est des effets nocifs : l'exanthème a une signification nuisible problématique et peut être en somme considéré comme inoffensif. — Le collapsus est un phénomène purement exceptionnel. — C'est le vomissement qui présente les plus grands inconvénients : quoique ce soit un phénomène passager, toutefois, par sa répétition fréquente, il empêche de continuer l'usage du médicament. On parviendra fréquemment à y obvier, en donnant des doses fractionnées et dissoutes dans du vin rouge, auquel on ajoutera un peu de sucre pour rendre la boisson plus agréable.

9° L'antipyrine peut être associée impunément à beaucoup d'autres substances, sans diminuer son efficacité, on obtient à la fois l'effet des deux ou des trois médicaments.

Quant à une action spéciale dans les maladies :

1° L'antipyrine agit d'une façon utile dans la fièvre typhoïde : si elle n'en n'abrège pas le cours, certainement dans la majorité des cas elle en, diminue l'intensité et rend la maladie beaucoup moins grave;

2° Dans le rhumatisme articulaire aigu, non seulement elle supprime

la fièvre quand elle existe, mais elle triomphe complètement des douleurs : elle agit alors que le salicylate de soude n'a pas réussi;

3° Dans la pneumonie croupale, elle n'agit pas d'une façon aussi évidente. Pourtant si l'on a dans l'esprit l'inefficacité des autres antipyrétiques dans l'hyperthermie pneumonique, l'antipyrine mérite d'être mentionnée.

On peut en dire autant de son action dans la pleurésie et la phtisie, ainsi que dans les autres phénomènes fébriles;

4° Elle n'a aucune action dans la fièvre paludéenne. L. GREFFIER.

De l'emploi thérapeutique du thymol dans la désinfection intestinale, par V. MARTINI (*La Medicina contemporanea, février* 1887).

L'auteur a employé l'acide thymique à la dose de 1gr,50 à 8 grammes espacés de façon à ce que l'action sur le contenu de l'intestin s'exerce d'une manière continue. Il en a obtenu de bons et rapides résultats dans les catarrhes intestinaux chroniques simples et non liés à de graves lésions des parois intestinales et dans les diarrhées des sujets cachectiques, dans les dysenteries chroniques avec diarrhée profuse et ulcérations intestinales ; il est plus efficace dans la dysenterie aiguë et dans la diarrhée à forme intermittente des tuberculeux.

L'action du thymol paraît tenir à ce qu'il modère ou arrête les fermentations anormales de l'intestin et par suite les catarrhes qui sont causés ou aggravés par elles : le thymol diminue la quantité de phénol contenue normalement dans l'urine. Chez quelques malades, il produit des sueurs plus ou moins profuses, une sensation de poids sur la tête et de la somnolence, mais seulement chez les sujets qui ont de la fièvre.

GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Anwendung von Caffeinpræparaten speciell des Caffein natro-salicylicum als Herztonicum und Diureticum (Le natrosalicylate de caféine comme tonique du cœur et diurétique), par PLETZER (*Berlin. klin. Woch., n°* 14, *p.* 250, 4 *avril* 1887).

Pletzer a expérimenté ce médicament chez un grand nombre de malades atteints, les uns, de lésions organiques du cœur insuffisamment compensées, les autres, de myocardite, de cœur gras ou d'hydropisies de causes diverses. Il a administré le natrosalicylate de caféine, suivant les préceptes de Riegel (*R. S. M.*, XXVI, 496), à la dose quotidienne de 1 gramme ou 1gr,20, répartie en prises de 20 centigrammes. Sous l'influence de cette médication, il a observé, comme Riegel, le ralentissement des battements cardiaques, l'accroissement de la pression artérielle et une rapide diurèse. Les sels doubles de caféine ont sur la digitale le double avantage d'une action prompte et non cumulative. Pletzer n'a noté d'autres symptômes incommodes qu'un peu de céphalalgie. J. B.

I. — Traitement du diabète sucré, par MARTINEAU (*Bull. de la Soc. de thérap.*, 30 *mars* 1887).

II. — Lithium carbonate and sodium arseniate dissolved in carbonic acid water in the treatment of diabetes mellitus, par Austin FLINT (*Med. News*, 9 *juillet* 1887).

III. — Traitement du diabète aigu par l'opium et la belladone, par VILLEMIN (*Acad. des sciences*, 14 *février* 1887).

I. — Martineau fait prendre à ses malades de l'eau lithinée arsenicale (20 centigr. carbonate de lithine, 5 milligr. arséniate de soude dans 1 litre d'eau de seltz) sans les soumettre à un régime particulier. Cette dose prise quotidiennement pendant un certain temps, lui a donné 67 guérisons définitives sur 70 cas de diabète dont quelques-uns graves (212 gr. de sucre).

II. — Flint publie 3 cas dans lesquels le traitement ci-dessus n'a pas donné des résultats bien satisfaisants, mais il le regarde comme avantageux pour atténuer la rigueur du régime. Il a obtenu de bons effets de la solution de Clemens (arsenite of bromine).

III. — Observation d'un malade atteint de diabète grave (14 litres d'urine, 841 grammes de sucre) chez lequel le traitement ordinaire ne donnait aucun résultat. On administre l'extrait de belladone (10 centigrammes) et l'extrait d'opium (5 centigrammes). En 7 jours, le sucre tombe à 400, le chiffre d'urine à 10 litres ; on augmente progressivement les doses des narcotiques jusqu'à 20 centigrammes de chacun. Le sucre disparaît et l'urine retombe à 2 litres, mais, dès qu'on cesse la médication, le diabète reparaît. A. C.

I. — Die elektrische Behandlung der refrigeratorischen Gesichtslähmung (Le traitement électrique de la paralysie faciale à frigore), par ENGELSKJÖN (*Centralbl. für Nervenheilkunde*, *n°* 1, 1887).

II. — Zu welchem Zeitpunkt... (A quelle époque convient-il de commencer le traitement électrique dans les maladies inflammatoires du système nerveux), par R. FRIEDLAENDER (*Ibidem*, *n°* 2, 1887).

III. — Beitrag zur Lehre von den Modificationen... (Contribution à l'étude des modifications de la réaction de dégénération partielle), par BERNHARDT (*Ibidem*, *n.* 7, 1887).

IV. — Beitrag zu der sogenannten Galvanisation (Contribution à l'étude de la galvanisation du grand sympathique), par C. ENGELSKJÖN (*Ibidem*, *n.* 10, 1887).

I. — Engelskjön, s'appuyant sur des vues théoriques spéciales, préconise pour le traitement de la paralysie faciale a frigore l'emploi de la faradisation quotidienne du bulbe. Il rapporte 3 observations, dans lesquelles cette méthode lui aurait donné de bons résultats.

II. — Ce serait une erreur de croire que les applications électriques puissent être nuisibles dans les maladies du système nerveux, lorsqu'elles sont faites trop tôt après le début de l'affection ; Friedländer recommande au contraire de les pratiquer aussitôt que possible, à condition qu'elles soient de courte durée, et qu'on ne fasse usage que de courants très faibles.

III. — Bernhardt rapporte en détail une observation qui se distingue des faits analogues observés et décrits par Erb, en ce qu'il existait une secousse à la fermeture de l'anode par l'excitation indirecte, et de plus, non seulement il y avait par rapport aux muscles sains, une augmentation de l'excitabilité musculaire directe galvanique, mais encore de l'excitabilité indirecte. Bernhardt ajoute un certain nombre de considérations sur la façon dont se comportent les réactions faradiques.

IV. — Engelskjön n'est pas partisan de l'application électro-thérapeutique, connue sous le nom de « galvanisation du grand sympathique », et consistant dans l'apposition d'un des électrodes au niveau du maxillaire inférieur sur le cou, et de l'autre, entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien ou sur la dernière vertèbre cervicale. D'après lui, les résultats seraient dus à toute autre chose qu'à l'électrisation du grand sympathique, notamment à l'excitation des filets nerveux cutanés, ou à celle de la moelle cervicale. PIERRE MARIE.

Behandlung der Chlorosis mit Schwefel (Traitement de la chlorose par le soufre), par H. SCHULZ et STRÜBING (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 2, *p.* 24, 1887).

La chlorose peut être avantageusement combattue par le soufre quand elle a résisté aux préparations martiales, mais il faut persévérer dans le traitement pendant plusieurs mois. Les auteurs ont traité sept chlorotiques, et font l'éloge de cette nouvelle médication.

Certaines chlorotiques, réfractaires à l'action du fer ou supportant mal ce médicament, sont guéries par lui lorsqu'elles ont subi préalablement la cure sulfureuse.

Celles qui ont un état catarrhal des voies digestives ne supportent pas le soufre. L. GALLIARD.

Le iniezoni ipodermiche dei sali di ferro (Les injections hypodermiques de sels de fer), par S. LOSIO (*Rivista clinica di Bologna*, *p.* 327, *mai* 1887).

Les sels que Losio a employés sont le lactate de fer, le pyrophosphate de fer sodique, l'albuminate de fer, le citrate de fer, le tartrate de fer, le sulfate de fer alcoolisé, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal. Tous ont été administrés en solution aqueuse (eau distillée) à 0,50 ou 1 0/0, quelquefois à 1,50 0/0.

Les sels doivent être chimiquement purs, et c'est là la condition *sine qua non* pour obtenir l'effet désiré.

L'auteur donne quelques observations et termine par les conclusions suivantes :

1° L'action thérapeutique des sels de fer introduits par la voie hypodermique est plus efficace et plus prompte que lorsqu'ils sont introduits par la voie digestive.

2° Parmi ces divers sels, le pyrophosphate de fer citro-ammoniacal est celui qui produit les meilleurs résultats.

3° Le lactate et l'albuminate de fer sont également très efficaces; ils ne donnent pas lieu à des abcès; et la cuisson qui suit l'injection est courte et peu intense. (Voy. *R. S. M.*, XXXIX, p. 509.) L. GREFFIER.

Zur Sogenaunten Abortivbehandlung des Unterleibstyphus (Du traitement dit abortif de la fièvre typhoïde, par FÜRBRINGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 211, 21 *mars* 1887).

1° *Naphtaline.* — Fürbringer, après avoir essayé ce médicament sur 50 malades, a constaté qu'il est complètement impuissant, soit à abréger la durée de la fièvre, ou de la convalescence, soit à prévenir ou à atténuer les complications, les rechutes et la mortalité de la fièvre typhoïde.

Fürbringer a pratiqué l'examen bactériologique comparatif des ma-

tières fécales chez des typhoïdiques ayant pris, les uns de la naptaline et les autres pas. Il a trouvé que la naphtaline laisse en vie, en moyenne par milligramme de matières, 90,000 microrganismes susceptibles de développement, parmi lesquels il en est de beaucoup moins résistants que le bacille de la fièvre typhoïde.

2° *Acide camphorique.* — Il diminue considérablement la proportion des bactéries que renferment les matieres fécales, mais n'a aucune action sur la fièvre typhoïde.

3° *Calomel.* — On ne peut expliquer la chute caractéristique de la température due à ce médicament, ni par les effets évacuants, ni par la destruction des bactéries qu'il effectuerait en se transformant en sublimé dans l'intestin, ni par une action analogue aux antipyrétiques. A titre d'explication, Fürbringer propose l'hypothèse suivante : Le sublimé mis en liberté dans l'intestin, lorsqu'on administre du calomel, tout en étant incapable de tuer les bacilles typhoïdiques, peut détruire les produits toxiques qu'ils révèlent, la *typhotoxine*, en vertu d'une action chimique analogue à celle d'un antidote.

Mais, malgré cela, le traitement abortif de la fièvre typhoïde par le calomel n'est pas acceptable en pratique. J. B.

Une nouvelle méthode en thérapeutique. De l'entraînement des déchets organiques incomplètement oxydés, par ROBIN (*Soc. méd. des hôpitaux*, 7 *juillet* 1886).

L'auteur veut combattre les données sur lesquelles s'appuient les méthodes antithermiques et antipyrétiques et constituer à celles-ci des bases nouvelles mieux en rapport avec nos connaissances actuelles sur l'état de la nutrition. Il veut démontrer que nombre de médicaments dits antipyrétiques ne diminuent pas les oxydations intra-organiques, et que s'ils agissent sur la température, c'est en entraînant hors de l'organisme des extractifs peu solubles et toxiques ; que loin de chercher à entraver les oxydations dans les fièvres, la thérapeutique doit tendre à les activer, parce que, contrairement à l'opinion classique, les oxydations subissent dans les fièvres une remarquable diminution, et que l'élévation de la température dépend pour une forte part de la présence dans le sang et les tissus d'extractifs incomplètement oxydés, et qu'il y a tout intérêt à brûler pour hâter leur élimination.

Il étudie à ce point de vue les acides salicylique et benzoïque. Il montre que l'acide benzoïque donné à l'homme sain diminue notablement, il est vrai, la quantité d'urée, mais que, s'éliminant sous forme d'acide hippurique, il prend de l'azote dans les produits de la désassimilation azotée qui devraient servir à former l'azote, et en définitive la quantité totale de l'azote de l'urine a augmenté. De même chez les typhiques, l'emploi de l'acide benzoïque accroît notablement l'élimination des matériaux solides et de l'urée.

Des recherches analogues faites sur l'emploi de l'acide salicylique chez les typhiques et les rhumatisants, montrent aussi l'accroissement de l'élimination des matériaux solides et de l'urée. H. L.

Ueber Abortivbehandlung des Furunkels.... (Traitement abortif du furoncle par les injections phéniquées), par Alfred BIDDER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 14, *p.* 234, 4 *avril*, *et n°* 66, *p.* 99, 7 *février* 1887).

Depuis 11 ans, Bidder a traité tous les furoncles, une centaine par les injections interstitielles d'acide phénique à 3 0/0 ; jamais (exception faite des panaris furonculeux qu'il ne soumet pas aux injections) il n'a eu besoin de pratiquer d'incisions. Pour les furoncles consécutifs à des pustules d'acné et ne dépassant pas la grosseur d'une noisette, il suffit d'injecter sur un seul point quelques gouttes de liquide. Quand le furoncle est plus volumineux, on injecte, sur deux points opposés, une moitié de seringue ou une seringue entière. Enfin, quand les dimensions de la tumeur atteignent ou dépassent la moitié de la main d'un homme, Bidder fait sur 4 points des injections avec le contenu de 2 à 4 seringues. Les piqûres doivent être pratiquées à 1 ou 2 centimètres du centre du furoncle et l'aiguille doit être enfoncée assez profondément et obliquement pour atteindre le foyer purulent. Bidder ne répète jamais les injections.

Avec ce traitement, les furoncles anthracoïdes eux-mêmes guérissent en 8 ou 10 jours. L'induration inflammatoire rétrocède rapidement et il ne se produit jamais de mortifications. J. B.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Contribuzione allo studio dell' etiologia dell' endocardite acuta, par GIORDANO (*Rivista clin. e terap.*, *p.* 586, *novembre et décembre* 1886).

II. — Mediastino-péricardite fibreuse avec pleurésie séreuse double, etc., par F. RIVALTA (*Il Morgagni*, *mai* 1887).

III. — Du rétablissement de la mobilité du cœur dans la symphyse totale du péricarde, par BARD et TELLIER (*Revue de méd.*, *mai* 1887).

IV. — On the disappearance of the aortic regurgitans murmur. (Disparition du bruit diastolique de l'insuffisance aortique), par Robert SAUNDBY (*Edinb. med. journ.*, *p.* 685, *février* 1887).

V. — Della ricorrenza palmare come espressione dello stato del cuore, etc., par KOFLER (*Rivista clin. e terap.*, *p.* 228, *mai* 1886).

VI. — Observations du pouls lent, par A. FREY (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 72, *janvier* 1887).

VII. — Ueber idiopathische Herzvergrösserungen (Hypertrophies cardiaques idiopathiques, consécutives aux maladies du système nerveux), par O. FRAENTZEL (*Charite Annalen*, *p.* 237, 1886).

VIII. — Nouvelles recherches sur le bruit de galop cardiaque, par CUFFNER et BABILLON (*Arch. gén. de médecine*, *février* 1887).

IX. — De l'épilepsie d'origine cardiaque et de son traitement, par LEMOINE (*Revue de médecine, mai* 1887).

X. — Des hydatides du cœur chez l'homme, par Arthur BOBOWICZ (*Thèse de Paris*, 1887).

XI. — Contribution à l'étude des ulcérations chroniques de la valvule tricuspide, par SIERRO (*Revue médic. de la Suisse romande, VI, p.* 772, 1886).

XII. — Le nouveau signe d'insuffisance tricuspidienne indiquée par W. Pasteur, par Constant PICOT (*Ibidem, VI, p.* 703, *novembre* 1886).

I. — Giordano déclare se rallier à l'opinion de ceux qui pensent que l'endocardite aiguë, sous quelque forme qu'elle se présente, est toujours d'origine parasitaire, et peut se manifester tantôt comme une affection secondaire, tantôt comme une affection primitive.

L'observation rapportée par l'auteur est assez rare, car la malade ne présentait aucune trace de lésion violente, ni de processus suppuratif, et n'offrait aucun symptôme d'une affection quelconque à laquelle puisse se rattacher l'endocardite.

Quelle qu'ait été la porte d'entrée, les microbes, pourvu qu'il y ait une prédisposition locale ou générale de l'organisme, progressent et donnent lieu au même processus pathologique. Cette prédisposition dans l'endocardite paraît plutôt locale que générale. Cette prédisposition existait vraisemblablement dans le cas présent. Il s'agissait en effet d'une chloro-anémique, et l'on trouve toujours dans cette affection des anomalies des gros ou des petits vaisseaux. H. GREFFIER.

II. — De l'étude de cette observation, Rivalta conclut que dans la médiastino-péricardite le pouls paradoxal n'est pas toujours dû à la traction inspiratoire, mais peut être produit lorsqu'il y a un épanchement pleural, parce que celui-ci comprime le cœur pendant l'inspiration ou agit indirectement sur l'aorte en comprimant aussi, pendant l'inspiration, la paroi du médiastin et les vaisseaux qui y sont contenus. Dans ces cas, le pouls paradoxal peut être très variable et consister soit en de simples oscillations en plus ou en moins, soit en une disparition périodique complète du pouls.

On peut être certain du diagnostic de la médiastinite calleuse quand, avec le pouls paradoxal, on voit coïncider une turgescence inspiratoire des veines du cou ; la cyanose du visage est également plus marquée au moment de l'inspiration. GEORGES THIBIERGE.

III. — Ce mémoire de Bard et Tellier est basé sur une observation de symphyse cardiaque dans laquelle il existait au voisinage de la pointe du cœur une couche graisseuse sous-péricardiaque permettant le glissement à ce niveau du feuillet viscéral du péricarde sur le myocarde. Une couche graisseuse analogue se trouvait dans une zone correspondante entre le feuillet pariétal du péricarde et la paroi thoracique. Les deux feuillets du péricarde intimement soudés l'un à l'autre pouvaient ainsi glisser d'une part sur le myocarde, de l'autre sur la face interne du thorax. Au niveau de la base, les adhérences des péricardes au cœur étaient intenses ; mais, comme les mouvements à ce niveau se font beaucoup moins sentir, il en résultait peu de désordre. La présence de cette couche graisseuse sous-péricardique et suspéricardique expliquerait, d'après Bard et Tellier, pourquoi une symphyse aussi étendue aurait donné lieu à peu d'accidents pendant la vie. La malade qui fait

l'objet de cette observation a en effet succombé à une pleurésie intercurrente. GIRAUDEAU.

IV. — Saundby cite deux cas dans lesquels un souffle diastolique de l'orifice aortique bien et dûment constaté a totalement disparu et dans lesquels on a constaté à l'autopsie l'insuffisance des valvules aortiques. Dans deux autres cas, on a trouvé à l'autopsie de l'insuffisance des valvules aortiques sans avoir jamais constaté de souffle diastolique. Gairdner, Nalshe, Lewis Hawkes, Lycett ont rencontré des faits analogues.

Saundby fait remarquer que dans ces quatre cas il y avait toujours une lésion autre que celle de l'orifice aortique. Dans les quatre cas, le cœur était dilaté; dans le premier, il y avait de la myocardite interstitielle; dans le second, les parois ventriculaires étaient pâles et molles, et le péricarde adhérent dans toute son étendue; dans le troisième encore, symphyse péricardique; enfin, dans le quatrième, il y avait atrophie brune de la fibre musculaire. Dans tous les cas, la valvule mitrale était plus ou moins lésée, de telle sorte que la quantité de sang projetée dans l'aorte devait être peu considérable et que la force de propulsion devait être faible. ALBERT MATHIEU.

V. — Des études qu'il a faites sur ce point, Kofler tire les conclusions suivantes : L'apparition prompte ou tardive, ou l'absence de la récurrence palmaire est un signe certain de la condition bonne ou mauvaise du cœur. Je n'hésite pas à étendre la conclusion que Jaccoud avait appliquée à la pneumonie seulement, à toutes les maladies dans lesquelles le cœur est directement ou indirectement atteint par le processus morbide.

En outre, ses recherches confirment pleinement ce qui avait été avancé par Jaccoud et Neidert : à savoir, que l'absence absolue de pouls récurrent est le signe certain d'un pronostic funeste. L. GREFFIER.

VI. — Frey rapporte l'observation suivante du pouls remarquablement lent :

Pharmacien, sujet depuis 4 ans à des pertes de connaissance précédées de vertige et suivies parfois de convulsions généralisées. Oppression; toujours de 30 à 40 inspirations par minute au repos. Pouls constamment à 26, régulier, dur; il n'augmente jamais de fréquence alors même que la respiration s'accélère. Dilatation des jugulaires. Bruits cardiaques normaux. Urines normales. Mort à l'âge de 65 ans, au milieu d'une attaque de perte de connaissance avec respiration stertoreuse et fréquence accrue (44) du pouls.

Autopsie : Œdème du cerveau ; liquide ventriculaire; adhérences le long du sinus longitudinal supérieur. — Surcharge et dégénération graisseuse du cœur; artères coronaires étroites et athéromateuses. Foie gras. Rein granuleux ; hypertrophie splénique.

Pulsus bigeminus alternans. Homme de 50 ans, obèse, oppressé, ayant de l'œdème des jambes et de l'ascite, le pouls peu fréquent (40), régulier, dicrote, et un catarrhe chronique des bronches. Au niveau du cœur, on perçoit trois bruits, les deux premiers séparés par un faible intervalle, tandis que le troisième est suivi d'une pause plus prolongée après laquelle le même rythme recommence. Urines rares, troubles, albumineuses. Sous l'influence d'une infusion de digitale, le rythme cardiaque se modifie peu à peu, en ce qu'un quatrième bruit devient perceptible, donnant ainsi lieu à un pouls bigéminé. En même temps, la fréquence du pouls était doublée (80 pulsations), l'oppression disparue, la quantité des urines très augmentée et les hydropisies beaucoup diminuées. Quand la digitale eut cessé d'agir, le pouls retomba à 40, et de nouveau on ne perçut plus que trois bruits cardiaques, mais, par instants, le nombre des pulsations s'accroissait au point de devenir presque incomptable. L'anasarque et la dispnée allèrent en augmentant; puis

le malade présenta le type respiratoire de Cheyne-Stokes. Durant la phase des inspirations profondes, le pouls redevenait bigéminé et le rythme cardiaque était de nouveau composé de quatre bruits. Mort brusque avec des hydropisies cutanées et séreuses généralisées.

Autopsie : Surcharge et dégénération graisseuse du cœur qui est très hypertrophié. Caillots blancs adhérents dans les oreillettes et les gros troncs artériels; dilatation énorme des oreillettes.

En résumé, il s'agit d'un cœur forcé, devenu gras. L'influence de la digitale et des mouvements respiratoires profonds sur la production du pouls bigéminé montre que ce phénomène tenait à un retentissement de la circulation pulmonaire. J. B.

VII. — Fräntzel s'occupe surtout du goitre exophtalmique. Parmi les phénomènes nerveux qui viennent s'ajouter à la triade symptomatique qui caractérise cette affection, il signale des frissonnements, de la céphalalgie, des vertiges, de l'amnésie, de l'insomnie et surtout une agitation nerveuse particulière s'accompagnant d'une grande irritabilité. Il mentionne en outre les sensations de chaleur bien connues des malades, et les divers troubles viscéraux qu'ils présentent : Toute cette partie ne renferme aucun point nouveau.

Fräntzel parle ensuite de l'hypertrophie cardiaque due au tabac; il pense que ces troubles cardiaques ne sont pas dus exclusivement à la nicotine, car ils se produisent surtout sous l'influence des cigares forts de la Havane qui ne sont pas toujours les plus chargés de nicotine. Il suppose que, si les personnes riches qui usent de ces cigares ne sont pas plus souvent atteintes d'hypertrophie cardiaque, c'est que inconsciemment elles prennent en même temps le remède préservatif: le café. Le traitement doit consister dans l'emploi de la valériane et du castoréum. Il ne croit pas que l'anatomie pathologique de cette lésion soit suffisamment faite. P. GALLOIS.

VIII. — Le bruit de galop ne se rencontre pas uniquement dans le cours de la néphrite interstitielle. Ils ont en réalité plusieurs variétés de bruits de galop qui peuvent être distingués d'après le moment de la révolution cardiaque, où se surajoute le bruit morbide. On peut ainsi observer : 1° un rythme de galop, dans lequel le bruit surajouté précède la systole (bruit de galop diastolique); 2° un rythme de galop, dans lequel le bruit surajouté suit le choc de la pointe du cœur (bruit de galop mésosystolique).

A. *Bruit de galop diastolique.* — Il présente deux localisations bien distinctes suivant qu'il se passe dans le cœur gauche ou dans le cœur droit.

Le bruit de galop diastolique du cœur gauche a été étudié très complètement par M. Potain, qui l'a toujours trouvé en relation avec une néphrite interstitielle albumineuse.

Ce bruit de galop peut présenter quelques modalités que les auteurs ont plus particulièrement étudiés. — Le bruit surajouté peut être plus ou moins rapproché du premier bruit du cœur, suivant que l'hypertrophie s'accompagne ou non de dilatation. La constatation de ce fait donne une indication pronostique importante sur l'état du ventricule et sur le degré de résistance que peut offrir le muscle cardiaque.

Le bruit de galop peut être permanent ou passager. Il est permanent quand il dépend de l'hypertrophie cardiaque. Il est passager ou inter-

mittent quand l'objection initiale présente elle-même ou une durée passagère ou des alternatives d'arrêts ou de reprises. Cette condition se trouve réalisée dans les affections aiguës du rein, qui peuvent s'accompagner d'un spasme artériel passager, dans la congestion rénale rhumatismale, par exemple.

B. *Bruit de galop diastolique droit.* — L'excès de tension dans l'artère pulmonaire est la cause de l'apparition du bruit de galop diastolique droit. Cet excès de tension peut être déterminé, comme l'a montré M. Potain, par une affection gastro-intestinale légère déterminant par voie réflexe un spasme des bronches de l'artère pulmonaire.

Le bruit de galop diastolique droit présente absolument les mêmes caractères que le bruit de galop diastolique gauche ; mais, au lieu d'avoir son maximum d'intensité au-dessus de la pointe du cœur, il s'entend très nettement en arrière du sternum. Ce bruit de galop peut être passager ou permanent, suivant que la cause primitive de l'action réflexe est elle-même passagère ou persistante.

C. *Bruit du galop mésosystolique.* — Ce bruit se traduit par l'adjonction au premier bruit normal du cœur d'un bruit surajouté occupant le petit silence. Sa caractéristique est variable : il peut présenter tous les intermédiaires entre le simple prolongement du premier temps cardiaque et le redoublement le plus nettement accentué de ce temps.

Ce bruit est l'indice de l'insuffisance de la systole cardiaque, tantôt paresseuse et traînante, tantôt s'y reprenant à deux fois pour débarrasser le ventricule du sang qu'il contient.

Cette variété de bruit de galop se rencontre chez un certain nombre de typhiques. Les autres l'ont observé dans un cas d'asystolie par gêne mécanique du cœur dans un cas de granulie ; ils pensent qu'on peut le rencontrer dans tous les états où le cœur fléchit, par suite d'une altération plus ou moins profonde de ses parois (myocardite, dégénérescence, nutrition insuffisante), que cette altération soit primitive ou qu'elle soit le résultat d'une affection générale de l'organisme. RICHARDIÈRE.

IX. — Sous ce titre, Lemoine décrit des accès d'épilepsie ou plutôt épileptiformes survenus en l'absence de toute cause connue, chez des malades atteints d'une affection organique du cœur et occasionnés par elle.

Le trouble circulatoire encéphalique serait la cause première de ces accidents ; tantôt c'est l'anémie, tantôt au contraire c'est la congestion qu'il fait intervenir. Chez tel malade, en effet, on voit cesser les accidents par le décubitus horizontal, tandis que chez tel autre cette position les fait naître ; tous les degrés de l'accès épileptique pourraient être observés, depuis le simple vertige jusqu'à l'absence et à la grande attaque comitiale.

Évidemment c'est d'une épilepsie symptomatique qu'il s'agit ici ; aussi l'attaque convulsive diffère-t-elle un peu de celle de l'épilepsie essentielle. Chez les malades observés par Lemoine, le cri initial, la cyanose, l'écume à la bouche ont fait défaut ; en revanche, il y avait une violente aura précordiale. Le bromure de potassium ne produit aucune amélioration ; au contraire, la digitale et la caféine réussissent fort bien. Cinq observations sont jointes à ce mémoire : trois ont trait à des aortiques et deux à des affections mitrales. C. GIRAUDEAU.

X. — Le travail de M. Dobowicz contient une observation intéressante, où la symptomatologie a été très spéciale. Il s'agit d'un homme de 39 ans, et qui rapidement présente une série d'accès de suffocation douloureuse ressemblant, dans une certaine mesure, aux crises d'angine de poitrine. Quand il garde une immobilité absolue, son état est excellent, et l'auscultation du cœur est normale : vient-il à faire le plus petit mouvement, l'affolement du cœur est excessif et ses bruits tumultueux sont d'une analyse presque impossible. On avait diagnostiqué un polype du cœur : l'autopsie révéla la présence de deux hydatides libres dans la cavité du ventricule gauche, et qui, en se déplaçant, donnaient lieu à ces symptômes caractéristiques. L'auteur a réuni un certain nombre de faits d'hydatides du cœur, mais très peu avaient ressemblé cliniquement à celui qu'il décrit. H. R.

XI. — Sur 224 cas, Sierro a compté 38 cas d'épaississement ou d'ulcération chronique de la valvule tricuspide. Voici ses conclusions :

1° L'ulcération chronique de la valvule tricuspide n'est pas une affection rare;

2° Cette affection n'est pas primitive, elle est toujours secondaire à une lésion qui amène, au moins pendant un certain temps, une augmentation de la pression dans l'artère pulmonaire;

3° Elle n'est pas le reliquat d'une endocardite aiguë;

4° Elle s'observe principalement à un âge avancé;

5° Elle constitue un signe anatomique de l'insuffisance tricuspidienne. J. B.

XII. — Chez un malade dont l'autopsie a vérifié le diagnostic, Picot a constaté l'existence du signe d'insuffisance de la valvule tricuspide mentionné par W. Pasteur (*R. S. M.*, XXVIII, 232, et XXIX, 526). Ce signe consiste dans la dilatation des veines du cou, lorsqu'on exerce une pression sur les côtes au niveau du foie.

D'après Pasteur, chez les malades qui présentent un pouls jugulaire, la pression des côtes au niveau du foie, qui amène un gonflement plus marqué des veines du cou, laisse tantôt subsister le pouls jugulaire, tantôt le supprime. J. B.

I. — Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression (Lésions anatomiques de la compression pulmonaire), par Theodor DUNIN (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol, CII, Heft* 2, *p.* 323).

II. — Contribution à l'étude des hémoptysies non tuberculeuses de la dilatation des bronches, par DEJEAN (*Thèse de Paris*, 1886).

III. — Nouvelles recherches sur la pathogénie des dilatations bronchiques et les bronchopneumonies qui les accompagnent, par LEROY (*Arch. de physiol.*, 1er *janvier* 1887).

IV. — Relation de deux épidémies de fluxion de poitrine, par Henri RONDET (*Lyon méd.*, 29 *mai* 1887).

V. — Sulla genesi dell' ascesso polmonale in seguito a pneumonite fibrinosa (Pathogénie de l'abcès pulmonaire dans la pneumonie fibrineuse), par PATELLA (*Annali universali di med., décembre* 1886).

VI. — Suppression du pouls radial dans le cours d'une pneumonie, par L. THURLER (*Revue médic. de la Suisse romande, t. I, p.* 44, *janvier* 1887).

VII. — De la pyohémie consécutive à la pneumonie franche, par PERLIS (*Thèse de Paris*, 1887).

VIII. — Klinische Beitrag zur Diagnostik.... (Diagnostic du kyste hydatique primitif du poumon), par HOCHSINGER (*Wiener med. Blätter*, n° 20, 1887).

IX. — Lungentuberculose, Syphilis oder Carcinom? par ZIEMSSEN (*Berl. klin. Woch.*, 28 *mars* 1887).

I. — Lorsque la compression pulmonaire a duré peu de temps, il se produit des lésions inflammatoires dans le tissu conjonctif péribronchique à laquelle succèdent des altérations dégénératives du parenchyme et plus tard de la sclérose pulmonaire, déjà appréciable au microscope alors que le poumon est encore dilatable. La compression qui accompagne un pneumothorax détermine une inflammation à marche plus rapide que celle qui est produite par un exsudat pleural. En clinique, ce fait est important à connaître. Dans le pneumothorax, les troubles circulatoires sont si marqués, qu'ils peuvent donner lieu à des foyers de nécrose pulmonaire. L'auteur n'aurait pas rencontré les lésions décrites par Martin sous les noms d'endocapillarite et d'endoalvéolite. Dunin pense que l'obstacle apporté à la rentrée de l'air dans les poumons après les compressions de cet organe est dû moins aux lésions interstitielles qu'à l'épaississement de la plèvre qui lui forme comme une cuirasse inextensible. P. GALLOIS.

II. — Conclusions de ce travail :

Si la dilatation des bronches est une affection rare, les hémoptysies, elles, sont fréquentes au cours de la dilatation.

Elles peuvent être dues à une tuberculose ou à une maladie de cœur concomitante, mais le plus souvent elles sont liées à la dilatation des bronches elle-mêmes et peuvent porter le nom d'hémoptysies bronchectasiques.

Elles s'expliquent alors par la production à la surface des bronches dilatées d'anévrismes capillaires qui se rompent sous l'influence d'une augmentation de la pression sanguine.

Ces hémoptysies ont une réelle valeur diagnostique et méritent de fixer l'attention du clinicien. Dans les cas douteux, la recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats pourra trancher la question. A. GILBERT.

III. — Dans la dilatation des bronches, il existe un ensemble de lésions conjonctives et vasculaires généralisées à tout le système de la charpente conjonctive du lobule paraissant avoir une existence indépendante des altérations bronchiques. Des anses vasculaires émanent des parois alvéolaires et s'entourent d'éléments unis par diapédèse ; le parenchyme du poumon se transforme ainsi en une nappe d'aspect bourgeonnant qui finalement forme un tissu conjonctif adulte plus ou moins parsemé de néoformations vasculaires suivant l'âge des lésions. Selon l'organisation plus ou moins avancée du tissu néoformé, on peut observer la splénisation, la carnisation et l'état aréolaire des parties du poumon qui entourent la bronche dilatée. Si la diminution de résistance de la paroi bronchique joue un grand rôle dans la production de la bronchectasie, l'affaissement ou la rétractilité du tissu de sclérose, s'il ne joue pas un rôle actif doit contribuer à l'exagérer. A. GILBERT.

IV. — Les deux épidémies observées par Rondet viennent confirmer l'idée de contagiosité de la pneumonie.

Dans l'une, l'affection sévit sur un petit village de la Bresse, humide, à 300 mètres de la Saône, où toutes les maisons sont isolées par des jardins; il compta 10 cas, dont 8 chez des gens de la même famille ou voisins ; mortalité 4 sur 10.

Dans la seconde, c'est parmi les pensionnaires de l'asile d'Albigny (indigents et vagabonds) que l'épidémie survint le 10 novembre pour ne céder qu'au printemps. Le nombre des reclus est de 640 ; 69 ont été frappés de pneumonie grave, à forme adynamique, donnant la proportion énorme de 59 décès. L'âge moyen des malades était de 60 ans pour les hommes, de 55 ans pour les femmes. Ces dernières ont été plus frappées. Cela tient, d'après l'auteur, à la situation des bâtiments qui, mal disposés hygiéniquement parlant, sont, pour le quartier des femmes, orientés au nord et reçoivent fort peu le soleil. A l'appui de la contagion, on peut citer ce fait que 12 malades, entrés à l'infirmerie avant l'épidémie, et 5 infirmiers contractèrent la maladie. A. C.

V. — Patella explique le processus de l'abcès dans la pneumonie en faisant intervenir l'embolie. D'après les faits qu'il a observés, lorsqu'une embolie arrive dans un poumon hépatisé, l'infarctus ne se forme pas, mais le processus pneumonique cesse d'évoluer dans le département vasculaire dans lequel l'embolie vient d'arrêter la circulation, et dans lequel, par conséquent, la résolution ne se fait pas. Ainsi qu'il le signale dans deux observations, l'abcès a la forme conique correspondant à l'aire du vaisseau oblitéré. Autour du foyer, la résolution a lieu, et il reste dans le tissu normal des noyaux de tissu hépatisé immobilisés dans le stade pneumonique où les a trouvés l'oblitération vasculaire. Bientôt une zone inflammatoire éliminatrice se forme à leur périphérie, ils se désagrègent, et sont éliminés avec le pus qui s'est amassé autour d'eux. Il en résulte une cavité plus ou moins considérable dans le tissu pulmonaire. L'auteur rapporte 3 observations personnelles et cite des observations de Colomiatti et de Hertz qui semblent confirmer son interprétation. F. BALZER.

VI. — Homme de 32 ans, alcoolique, atteint pour la quatrième fois de pneumonie. Le douzième jour, engourdissement subit du bras gauche et douleur aiguë à 3 centimètres au-dessus du coude, dans la gouttière occipitale interne. Disparition complète des pouls radial et cubital. Tumeur de la grosseur d'une noisette sur le trajet des vaisseaux au niveau même de la douleur.

Les jours suivants, les douleurs deviennent de plus en plus fortes. Sur la main et les doigts, les piqûres ne sont presque plus perçues. L'extrémité des doigts présente des taches noirâtres : aucune trace d'athérome artériel. Rien au cœur.

Quelques mois plus tard, les pouls radial et cubital gauches n'avaient pas reparu, mais la sensibilité et la motilité étaient à peu près intactes.

Thurler admet une embolie provenant des veines pulmonaires. J. B.

VII. — Aux observations déjà publiées sur ce sujet, Perlis en ajoute deux inédites, recueillies par lui à Leipzig, dans le service de Wagner. La première est celle d'un alcoolique de 32 ans, qui au onzième jour d'une pneumonie lobaire, après un jour d'apyrexie, fut pris de parotidite suppurée. Quelques jours plus tard, apparut sur la peau des avant-bras et des bras une éruption érythémateuse due sans doute à des embolies microbiennes cutanées. Le malade mourut le dix-septième jour de la ma-

ladie. A l'autopsie, on trouva des infarctus dans la plupart des viscères.

La seconde observation est celle d'une cuisinière de 32 ans qui, au dixième jour d'une pneumonie double, présenta une tuméfaction notable du pied gauche bientôt suivie de fluctuation. Quelques jours après, gonflement du genou correspondant qui disparaît assez rapidement, mais il reste une tuméfaction fluctuante à la partie inférieure de la cuisse gauche. Enfin un mois après, gonflement douloureux au niveau de la bouche. Ces trois abcès furent successivement incisés et drainés ; la malade se rétablit lentement. C. GIRAUDEAU.

VIII. — Le kyste hydatique primitif du poumon est assez rare; tandis que, sur 100 cas de kystes hydatiques, le foie est atteint de 47 à 60 fois, le poumon ne l'est que de 10 à 12 fois. — Le diagnostic en est très obscur; il ne peut être fait que lorsqu'il y a rejet de membranes hydatiques ou si on a fait une ponction et retiré le liquide spécial au kyste hydatique.

Hochsinger rapporte l'observation d'une malade chez qui tous les symptômes pouvaient faire pencher pour le diagnostic de tuberculose pulmonaire; bien que les signes physiques, très peu marqués au sommet du poumon gauche, fussent localisés surtout dans la moitié inférieure du même poumon, l'expectoration d'une membrane hydatique leva tous les doutes. La malade quitta l'hôpital guérie. Hochsinger regrette qu'on n'ait pas examiné les crachats de la malade dès son entrée à l'hôpital.

Hochsinger fait remarquer à propos de ce cas qu'on peut confondre pendant longtemps un kyste hydatique avec un épanchement pleural localisé; il peut aussi se révéler tout d'un coup par la production d'un hydropneumothorax. Il peut en imposer pour une tuberculose pulmonaire, une dilatation bronchique, un abcès du poumon, une phtisie syphilitique. A propos de l'examen microscopique des crachats, Hochsinger fait observer que la présence de bacilles caractéristiques de la tuberculose ne doit pas faire rejeter le diagnostic de l'existence d'une affection concomitante, ainsi que Leyden en a cité plusieurs exemples dans un article du *Zeitschrift f. klin. Med.* 1885, Bd VIII, 1885. BARBE.

IX. — Sous ce titre, Ziemssen publie l'histoire d'un homme de 50 ans, atteint 25 ans auparavant de syphilis. L'affection actuelle date de 1884, elle a commencé par des quintes de toux suivie d'expectoration de bouchons fibrino-sanguinolents. On trouvait des signes d'induration du sommet gauche et l'on diagnostiqua un début de tuberculose. Plus tard, les antécédents syphilitiques du malade étant connus, on lui fit prendre de l'iodure de potassium, et ce traitement amena la disparition des hémoptysies, mais non celle de la bronchite, qui persista avec aggravation des signes physiques locaux. Le malade crachait alors du pus dépourvu de bacilles. A l'iodure, on substitua les frictions mercurielles, à la dose de 5 à 10 grammes, progressivement, par jour; amélioration rapide et incontestable; disparition du souffle et des râles. Cependant, deux mois après, retour de l'hémoptysie et des signes d'ulcération pulmonaire. Un nouveau traitement mercuriel amène encore une détente dans l'état général, mais finalement les crachats dominent purs, sanguinolents et le malade tombe dans l'hecticité.

L'autopsie révèle un abcès volumineux du poumon gauche, plein d'un pus fétide. Le sommet du poumon est converti en une masse friable ulcérée, le reste du parenchyme est infiltré de carcinome. Pas de noyaux cancéreux dans les autres organes. J. B.

I. — Recherches sur la transmission de la voix aphone à travers les liquides de natures diverses, par L. SIMONINI (*Rassegna di scienze mediche*, 1887).

II. — Ueber einem Fall von doppelseitigen Pleuritis hœmorrhagica (Pleurésie hémorragique double à la suite de thrombose des veines azygos), par F. Wilh. ZAHN (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *CII. Heft* 2, *p.* 345).

III. — Les injections pleurales et les crises épileptiques, par J. PASCALE (*Il Morgagni*, *avril* 1887).

I. — Simonini emploie pour ses expériences, deux vases de verre, à parois minces, dans lesquels plonge un tube en verre terminé inférieurement par une paroi élastique, à la partie supérieure duquel on fait vibrer un diapason ou parler à voix basse; un stéthoscope est fixé aux vases à la moitié de leur hauteur. L'appareil est suspendu de façon à être bien isolé afin d'éviter les modifications dans la transmission des sons. Les deux vases peuvent être remplis de liquides différents pour comparer la transmission des sons.

Le son du diapason se transmet dans cet appareil en raison directe de la quantité de surface vibrante immergée dans le liquide, en raison directe de la densité, en raison directe de la température; l'hétérogénéité et la présence de corpuscules dans le liquide ne diminuent pas l'intensité du son, sauf lorsque le liquide forme dans le vase des couches de nature et de densité différentes.

La transmission s'opère de la même façon et avec les mêmes modifications pour les sons très légers et pour la voix aphone.

Il résulte de ces expériences que, si riche en éléments cellulaires que soit un épanchement pleural, il ne peut produire une abolition complète des ondes sonores et cette abolition, lorsqu'elle se produit, tient probablement à l'abondance de l'épanchement.

La ponction exploratrice reste donc le meilleur moyen de diagnostic de la purulence d'un épanchement. GEORGES THIBIERGE.

II. — C'est l'histoire d'un homme qui, à la suite d'un coup de pied de cheval à la jambe, eut une thrombose de la veine iliaque droite et consécutivement des deux azygos. Cette dernière lésion détermina de l'œdème des parois thoraciques et une pleurésie double hémorragique.

Zahn insiste surtout sur la question de la valeur séméiologique de l'œdème de la paroi thoracique qui, dans le cas présent, ne devait pas faire diagnostiquer une pleurésie purulente. Il fait remarquer que la plèvre était le siège, non seulement d'une exsudation hémorragique, mais d'une véritable inflammation, ce qui ne doit pas surprendre : l'inflammation se développant facilement dans les régions œdématiées.

Zahn a cherché à reproduire tous ces phénomènes, en liant l'azygos chez des lapins, mais il n'a pu réussir. P. GALLOIS.

III. — Pascale a observé, chez un jeune soldat atteint de pleurésie purulente gauche, opéré depuis 15 jours de l'empyème, des accidents épileptiques à la suite d'une injection d'eau phéniquée. Le malade éprouva, au début de l'injection, une douleur violente dans le côté gauche, perdit connaissance, pâlit, en même temps que tous ses muscles se contracturaient et que les battements du cœur s'arrêtaient. Au bout de quelques secondes, la respiration se rétablit, le visage devint rouge, des mouvements irréguliers se produisirent dans la face, puis survinrent des convulsions généralisées et violentes. Un état de calme relatif succéda à ces accidents, mais le malade ne reprit pas

entièrement sa connaissance, les convulsions reparurent plusieurs fois dans la journée. Le lendemain, le malade était calme, avait toute sa connaissance, mais ne répondait encore que par monosyllabes; les mêmes accidents se produisirent encore, mais moins intenses, à trois reprises différentes, sans qu'on eût fait de nouvelle injection. Le surlendemain, les accidents avaient entièrement cessé.

Cette observation est remarquable par ce fait que les accidents ont consisté en un véritable état de mal, au lieu de contractions plus ou moins étendues ou d'un seul accès épileptique, comme dans les faits connus. L'auteur attribue ces accidents à une excitation périphérique rapide et intense (distension brusque des fausses membranes, filets sensitifs de la plèvre, filets et ganglions cardiaques) produite par l'injection et transmise par une voie réflexe, dont le trajet est encore inconnu, aux centres moteurs corticaux et peut-être aussi au bulbe. Le libre et prompt écoulement du liquide injecté évite ce danger, aussi vaut-il mieux pratiquer le lavage de la plèvre avec le siphon de Potain.

GEORGES THIBIERGE.

I. — **De l'apoplexie hystérique, par ACHARD** (*Arch. gén. de méd., janvier-février* 1887).

II. — **Apoplexie et hémiplégie hystériques, par DUMONTPALLIER** (*Bull. Soc. méd. des hôp.*, 6 *avril* 1887).

III. — **Apoplexie hystérique avec autopsie, par MARTINENQ** (*Ann. médico-psych.*, *mars* 1887).

IV. — **Contributo alla diagnosi della paralisi isterische, par Giacomo LUMBROSO** (*Lo Sperimentale*, *novembre-décembre* 1886).

V. — **Zur Diagnose der hysterischen Hemiplegia, par OSEREZKOWSKI** (*Congrès des méd. russes à Moscou, et Centralbl. f. Nerv.*, n° 6, 1887).

VI. — **De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique, par BRISSAUD et P. MARIE** (*Progrès médic.*, 29 *janvier*, 12 *février* 1887).

VII. — **The differencial diagnosis of hysteria and intracranial tumours), par Byrom BRAMWELL** (*Edinb. med. journ.*, *p.* 1009, *mai* 1887).

VIII. — **Ueber einige hysterische Erscheinungen (Sur quelques phénomènes hystériques), par MORARCZIK** (*Wiener med. Blätter*, n° 18, *p.* 567, 1887).

IX. — **Monoplegia anesthetica, par ADAMKIEWICZ** (*Wiener med. Blätter*, *n.* 4-5, 1887).

X. — **Zweiter Fall von Monoplegia anesthetica, par LE MÊME** (*Wiener mediz Presse*, 5 *juin* 1887).

XI. — **On sensory epilepsy, etc. (Épilepsie sensorielle due à une tumeur intéressant le lobe gauche temporo-sphénoïdal et donnant lieu à une sensation gustative paroxystique), par James ANDERSON** (*Brain*, *p.* 385, *octobre* 1886).

XII. — **A case of hystero-epileptoid attacks with convulsions produced by local irritation of the skin (Attaques hystéro-épileptiques produites par une irritation locale de la peau), par G. PARKER** (*Ibidem*, *p.* 547, *janvier* 1887).

XIII. — **Epilepsy after gunshot wound, par HADDEN** (*Brit. med. journ.*, *p.* 510, *mars* 1887).

XIV. — **Ueber das Wesen der Basedow'schenkrankheit (Sur la nature de la**

maladie de Basedow), par P.-J. MŒBIUS (*Centralbl. für Nervenheilk.*, *n.* 8, 1887).

XV. — On rhythmic contraction of the pupils and muscles of the limbs with Cheyne Stokes respiration, par Alex. ROBERTSON (*The Lancet*, *novembre* 1886).

I. — L'apoplexie hystérique, entendue au sens clinique du mot, est le type des apoplexies dites nerveuses. Dans une première série les faits rapportés par l'auteur, l'apoplexie est survenue chez les malades hystériques ; l'hémiplégie motrice s'accompagnait d'hémianesthésie sensitive et sensorielle. L'hémianesthésie disparaissait ou était transférée du côté sain sous l'influence des aimants. Il était donc légitime de rapporter les accidents apoplectiformes à l'hystérie. Mais, dans une autre catégorie d'observations, les malades n'avaient pas de signes évidents de la névrose; l'apoplexie avait ses caractères habituels. On avait donc conclu à l'existence d'une lésion cérébrale. Or, l'hémianesthésie et les troubles moteurs qui l'accompagnaient guérirent sous l'influence des agents esthésiogènes. L'auteur pense donc que ces faits ne peuvent être imputés à une lésion organique. Il n'admet pas, en effet, que les agents esthésiogènes puissent restaurer la sensibilité abolie par une lésion de ce genre. En pareil cas, quand la sensibilité reparaît, elle revient d'une façon graduelle et plus ou moins lente, mais jamais d'une manière brusque. Jusqu'à présent, d'ailleurs, on ne connaît pas d'autopsie démontrant qu'une lésion matérielle ait entraîné une hémiplégie motrice et sensitive, curable par les agents esthésiogènes.

Il faut admettre cependant que l'impossibilité du transfert n'est pas un signe absolu qu'une hémianesthésie n'est pas d'origine hystérique.

L'hémianesthésie cérébrale a pour le diagnostic de l'hystérie une toute autre importance; et quand elle existe avec des caractères nets, cela ne peut guère appartenir qu'à l'hystérie.

Les hémianesthésies toxiques peuvent être accompagnées de phénomènes aussi nets, aussi tranchés que les hémianesthésies hystériques. Elles doivent être comme une dépendance de l'hystérie. Elles constituent les manifestations d'une hystérie symptomatique. De toutes les intoxications, le saturnisme est, sans contredit, celle qui s'accompagne le plus volontiers de phénomènes hystériques, et en particulier d'hémianesthésie cérébrale complète. Les apoplexies saturnines, comme les hystériques, sont indépendantes d'une lésion organique.

Les hémianesthésies saturnines guérissent par les esthésiogènes. Un point les différencie des hémianesthésies hystériques ; c'est que, comme toutes les hémianesthésies toxiques, elles ne s'accompagnent pas de transfert.

L'intoxication mercurielle offre un second exemple d'hystérie symptomatique, se manifestant par l'apoplexie suivie d'hémiplégie et d'hémianesthésie.

L'apoplexie hystérique se présente cliniquement avec tous les caractères de l'aploplexie par lésions cérébrales, l'apoplexie peut être le premier signe de la névrose. Elle peut laisser à sa suite tous les troubles moteurs ou sensitifs, qui sont la conséquence des lésions organiques.

RICHARDIÈRE.

II. — D..., âgé de 27 ans, petit-fils d'hystérique, sujet à des convulsions dans son enfance, et nerveux lui-même, est pris soudain d'un éblouissement et d'une perte de connaissance durant 20 minutes. Au réveil, paralysie de tout le côté droit, membres, face et langue ; il ne pouvait fermer l'œil droit, la bouche était de travers, et entr'ouverte à gauche, aphasie totale. Peu à peu l'aphasie a disparu, la paralysie de la face a diminué ; deux mois et demi après l'attaque, ces paralysies existaient ainsi qu'une hémiparésie avec hémianesthésie et hémianalgésie sensitive et sensorielle. Dumontpallier insiste sur la paralysie faciale complète, sur l'absence du spasme décrit par Brissaud et Marie sur la cure totale obtenue par l'emploi des plaques métalliques et de l'hypnotisme. H. L.

III. — Femme de 44 ans, enfermée trois fois dans les asiles d'aliénés, présentant un état maniaque avec délire général, idées de persécution, illusions et hallucinations de tous les sens, accès de violence et de fureur avec impulsions dangereuses. Son dernier accès survient en 1878 ; on reconnaît qu'il est de nature hystérique. Après une période d'agitation maniaque violente, rémission, amblyopie. En octobre 1884, attaque d'apoplexie cérébrale suivie d'hémiplégie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle et paralysie hémifaciale. Au bout d'un mois, disparition de tous ces symptômes. Le 11 janvier 1886, après une excellente journée, elle parait oppressée, s'affaisse sans proférer une parole, et meurt au bout de deux heures dans un coma apoplectique. A l'autopsie, on ne trouve pas de traces de congestion ou d'hémorragie, ancienne ou récente dans le cerveau. Les phénomènes paralytiques et apoplectiques, chez cette malade, étaient donc de nature essentiellement dynamique. DESCOURTIS.

IV. — Lumbroso publie dans ce mémoire sept observations de paralysie hystérique appartenant à différents types : les unes généralisées aux quatre membres, les autres hémiplégiques ou monoplégiques, enfin il signale une paralysie nerveuse de l'oculomoteur commun et du nerf facial gauche, et un fait d'aphonie hystérique. Chaque observation est suivie de réflexions qui confirment, sans ajouter aucune donnée nouvelle, l'enseignement de l'école française. Nous relevons le fait suivant (obs. V.) qui est un exemple intéressant de monoparésie fonctionnelle.

Jeune fille de 23 ans. Sept jours auparavant, elle éprouve une crise convulsive sans perte complète de connaissance, après quoi elle s'aperçoit d'une gêne dans les mouvements du bras droit, qui offre les signes de l'athétose. Au moment de l'examen, on constate une paralysie, portant exclusivement sur les muscles de la main et du bras, et respectant ceux de l'épaule et de l'avant-bras. Pas de contracture, réflexes tendineux normaux, perte du sens musculaire : suppression de la sensibilité dans toutes ses modalités, à partir d'un centimètre au-dessus du poignet. Quelques troubles fonctionnels de l'odorat et de la vue, goût et ouïe normaux.

Sous l'influence d'une application de courants induits au bras, l'autre pôle étant appliqué à la nuque, guérison rapide. H. R.

V. — Les conclusion du travail sont les suivantes :

L'hémiplégie hystérique se développe ordinairement après une excitation psychique. — Elle se montre assez souvent sous forme de monoplégies qui se distinguent des paralysies organiques par des troubles intenses de la sensibilité, l'absence de contractures, etc. Dans l'hémiplégie hystérique les segments péréphériques des extrémités sont souvent moins paralysés que les segments plus rapprochés du tronc : les grosses articulations sont moins mobiles que les petites. La mobilité des membres revient en général d'abord dans les parties périphériques des membres et dans les petites jointures, tandis que cet

ordre est inverse dans les hémiplégies organiques. La participation du facial et de l'hypoglosse dans la paralysie hystérique n'a été observée que d'une façon tout exceptionnelle. L'anesthésie est parallèle à l'hémiplégie chez les hystériques. La distribution de l'anesthésie dans l'hémiplégie hystérique est souvent tout à fait bizarre, c'est ainsi qu'avec une hémianesthésie complète on peut trouver la main et le pied intacts. L'aphasie survient très rarement dans l'hémiplégie hystérique, elle est remplacée par le mutisme. L'hémiopie est très rarement constatée dans l'hémiplégie hystérique. Le diagnostic d'hémiplégie hystérique est corroboré par la présence d'autres symptômes tels que : anesthésie pharyngée, polyopie, transfert, existence de zones hystérogènes, etc.....

PIERRE MARIE.

VI. — Brissaud et Marie admettent d'abord que dans l'hémiplégie hystérique on peut observer une déviation, quelquefois très intense de la face et de la langue. Après avoir passé en revue tous les signes différentiels des hémiplégies organiques, ils concluent qu'il n'existe aucun caractère objectif qui permette de les distinguer avec certitude, il n'en est pas de même de la déviation de la face, qui peut induire en erreur si on se borne à un examen superficiel, mais qui se reconnaît nettement aux caractères suivants. Au repos, la déviation ressemble à l'hémiplégie faciale des hémiplégies organiques ; mais il existe un état de contraction spasmodique de la musculature d'un côté de la bouche, portant presque exclusivement sur une seule lèvre, et s'accompagnant de secousses très accentuées ; dans l'acte de souffler, il y a issue de l'air, mais du côté où existe la contraction spasmodique ; la langue présente une déviation excessive; elle a lieu du côté où existe la contraction spasmodique, et se montre le plus souvent même sans que la langue soit tirée, par le seul fait d'ouvrir la bouche. Souvent elle persiste un certain temps après la disparition de la paralysie des membres.

H. L.

VII. — Les manifestations hystériques ne sont pas rares chez les individus atteints de tumeur cérébrale, et le diagnostic différentiel peut présenter des difficultés presque insurmontables. La névrite du nerf optique est considérée comme un bon signe des tumeurs cérébrales. Bien qu'il ne puisse pas en fournir la démonstration directe, Byrom Bramwell ne doute pas qu'on ne puisse rencontrer la stase œdémateuse de la papille et la névrite optique sous l'influence de la seule hystérie : tout signe pathognomonique ferait ainsi défaut.

Il rapporte trois observations de cas dans lesquels des manifestations considérées comme purement hystériques se sont terminées par la mort. Dans deux de ces cas, dont l'un appartient à Hughes Bennett et a déjà été publié dans le *Brain* (Vol. I. p. 114), on a trouvé à l'autopsie une tumeur cérébrale. Dans le cas suivi d'autopsie qui est personnel à l'auteur, il s'agissait d'une femme qui avait subi l'amputation du sein pour un cancer. Pendant la cicatrisation de la plaie opératoire, elle fut prise de convulsions hystériformes. Deux ans auparavant, dans un hôtel, elle s'était levée la nuit en poussant des cris, réveillant ses voisins: pas d'autres manifestations hystériques. Au bout de quelque temps, elle fut prise de paraplégie, puis de coma, avec résolution générale et elle succomba. On trouva à l'autopsie une adhérence des méninges entre elles due à une infiltration carcinomateuse. Dans le cas de Hughes Bennett, il y avait une tumeur du

volume d'un œuf de poule dans l'hémisphère cérébral droit. La mort était survenue après des phénomènes comateux après une période d'excitation délirante, chez une jeune fille qui avait présenté les accidents hystériques les mieux caractérisés. ALBERT MATHIEU.

VIII. — Morarczik a trouvé qu'une excitation portant sur quelques nerfs sensitifs avait augmenté, chez des hystériques le champ, visuel de 3 à 4 degrés; l'excitation du nerf acoustique avait porté ce phénomène au plus haut point, celle de la langue avait eu peu d'effet. Le champ visuel était plus étendu à l'état hypnotique qu'à l'état de veille.

Morarczik a fait ses expériences sur deux femmes de 20 et de 21 ans, présentant tous les phénomènes classiques de l'hystérie avec tendance au suicide ; mais elles s'arrangeaient de telle sorte qu'on pouvait facilement leur porter secours. — La position horizontale d'un bras pendant quelques secondes déterminait une contracture qui s'étendait au cou, à la colonne vertébrale et aux extrémités inférieures, elle disparaissait par le frottement.

Morarczik produisit la contraction de la langue sous l'influence du diapason; à l'état de veille comme à l'état hypnotique, la langue se dévia du côté où se produisit le son et se fixa dans cette position.

Il a pu observer le tympanisme se produisant spontanément, ou par le frottement du ventre, ou encore par la suggestion; il observa aussi le tympanisme unilatéral, disparaissant par quelques coups sur le crâne.

On présenta à l'une des malades de l'eau en lui suggérant que c'était du chloral et elle s'endormit. On put provoquer du hoquet, de la toux, du bâillement, de l'éternuement. Chez l'autre malade, on put déterminer une élévation de la température de 37, 3 à 38°, une accélération du pouls et des sueurs. Ce qui prouve que pendant l'hypnose la volonté peut avoir une influence sur certains nerfs qu'elle n'a pas à l'état normal.

BARBE.

IX. — Adamkiewicz publie le fait suivant qui nous semble un exemple d'hystérie, malgré l'interprétation différente de son auteur.

Jeune fille de 19 ans prise, sans cause connue, de faiblesse du bras droit avec anesthésie et analgésie ; ces symptômes avaient été précédés de douleurs du dos de la main, avec éruption vésicobulleuse localisée au point douloureux. Les douleurs disparaissent et font place à une insensibilité complète des téguments dans toute l'étendue du membre supérieur droit, sans atrophie musculaire ni perte de l'excitabilité électrique. Guérison au bout de deux mois, à la suite des applications de courants continus.

Adamkiewicz considère ce fait comme une maladie nouvelle portant sur les racines postérieures des nerfs d'origine du plexus brachial droit, d'origine rhumatismale. Ce serait une sorte de pachyméningite cervico-brachiale. H. R.

X. — Le second fait d'Adamkiewicz est un peu différent. Il s'agit d'un homme de 41 ans qui se réveille un matin avec une sensation de chaleur dans la jambe droite; bientôt le membre devient insensible et analgésique dans toute son étendue, jusqu'à la racine de la cuisse. Plus tard, le membre inférieur gauche se prend à son tour et perd sa sensibilité. Deux ans après, une paralysie motrice survient dans la jambe gauche avec douleurs vives et léger degré d'atrophie musculaire. Cet état de choses dure trois mois, après quoi le mouvement revient, mais l'analgésie persiste.

Comme dans l'observation précédente, Adamkiewicz admet une affection intéressant exclusivement les racines postérieures sensitives spinales

la lésion se serait de là propagée aux racines antérieures, ou aux cornes antérieures de la moelle : supposition assez peu vraisemblable, étant données la longue durée de la maladie et la disparition complète de la paralysie motrice. H. R.

XI. — Un instituteur de 23 ans se présente en août 1885 pour des troubles de la vue et des accidents cérébraux complexes. Depuis 18 mois, il éprouve de singuliers accès, caractérisés par une sensation de froid dans le bras droit remontant à l'épaule et à la partie postérieure de la tête : ces accès d'abord fort éloignés se sont rapprohés au point de se montrer quatre fois par jour. En même temps, il éprouve dans la bouche un goût amer et rêche, qui disparaît au moment de l'attaque et qui en constitue toujours un symptôme prémonitoire. L'attaque finit par une sorte de rêve, toujours le même, dans lequel il entend des voix de femmes et d'enfants qui jouent ensemble. Quelquefois à cette aura gustative se joint une sensation olfactive et il sent une odeur désagréable qui correspond au goût amer perçu dans la bouche.

Le malade paraît grand et vigoureux, il n'a jamais eu la syphilis; mais il appartient à une famille de tuberculeux.

Outre ces crises, il s'aperçoit depuis plus d'un an de la diminution de sa vue, surtout au niveau de l'œil gauche. L'examen ophtalmoscopique révèle une rétinite. Quatre mois plus tard, l'œil droit se prend à son tour. Pas de ptosis mais léger strabisme externe de l'œil gauche.

Il est à remarquer que le malade n'a jamais présenté de céphalées, de vomissements, de convulsions ni de troubles de la parole.

A partir du mois de septembre, aggravation rapide. Attaques plus fréquentes, hébétude croissante, somnolence habituelle, lenteur et monotonie de la parole, névrite optique avec atrophie papillaire de plus en plus accentuée.

Vers la fin de décembre, pour la première fois, les vomissement surviennent avec incertitude de la marche et attaque suivies d'inconscience. On constate des hémorragies rétiniennes. La mort survient le 6 mars ; deux jours auparavant, on avait remarqué que le bras droit était inerte.

Autopsie. — Liquide sous-arachnoïdien abondant; volumineuse tumeur de la base du cerveau adhérant au crâne dans la fosse pituitaire, l'os à ce niveau était dénudé. La tumeur se prolongeait légèrement dans l'orbite du côté gauche et dans le sinus caverneux : elle pénétrait dans le trou rond et le trou ovale.

Du côté de l'encéphale, cette tumeur d'apparence grisâtre et entourée d'une série de kystes sanguins occupait la position de l'organe interpédonculaire et de là s'étendait du côté gauche, intéressant les 3/4 postérieurs du lobe temporo-sphénoïdal : en avant, gagnant les circonvolutions orbitaire postérieures et, en arrière, atteignant la protubérance, le pédoncule cérébral gauche était fort comprimé ; le nerf olfactif gauche a dû être détruit de bonne heure ; le nerf optique gauche, le chiasma et la bandelette le sont également : les autres nerfs paraissent normaux y compris celui de la 4e paire.

Les ventricules sont distendus par du liquide et très dilatés ; le cervelet, la protubérance et le bulbe sont intacts.

L'auteur pense que la tumeur a pris naissance dans le corps pituitaire et s'est développée lentement, usant l'os à son contact. Un cas semblable a été publié par Nettleship, et là encore, l'apparence de la tumeur était la même : il y avait une masse sarcomateuse centrale et des kystes sanguins périphériques, qui avaient progressivement atrophié le chiasma des nerfs optiques.

Les accès paroxystiques répondent à des décharges des centres sensoriels moyens, et sont dus à l'irritation des circonvolutions temporo-sphénoïdal, au voisinage du gyrus uncinatus. De là la décharge gagnait les centres moteurs. H. R.

XII. — Il s'agit d'une enfant de 11 ans, atteinte de crises spasmodiques épileptiformes avec perte de connaissance, flexion du corps à droite et de la tête sur la poitrine : jamais la langue n'est mordue ni les urines émises inconsciemment. Le point curieux de ce fait est que l'attaque survient toujours sous l'influence du moindre attouchement d'une région du thorax comprise entre le mamelon droit et le creux axillaire. Ces attaques surviennent même la nuit quand l'enfant frôle la zone épileptogène.

Bien que la famille de l'enfant fût franchement névropathique (le père épileptique) et indemne de syphilis, le mercure et l'iodure de potassium furent les seuls agents médicamenteux qui amenèrent une amélioration réelle. L'auteur se demande si ce traitement n'a pas eu pour effet de résoudre quelque engorgement ganglionnaire profond qui irritait les nerfs de la région axillaire et devenait la cause des accès épileptiformes. H. R.

XIII. — Fait intéressant au point de vue étiologique. Il s'agit d'un homme qui reçoit en 1872 un coup de feu à la fesse gauche et guérit en six semaines. Quatre mois après, il est pris d'attaques d'épilepsie qui deviennent quotidiennes. On lui pratique l'allongement du nerf sciatique, les crises cessent pendant 13 ans. Elles recommencent brusquement, sans cause connue, il y a six semaines et avec une telle intensité que le malade a 8 ou 10 attaques par jour. Chaque crise débute par une aura spéciale qui consiste en une sensation de brûlure sur la plaie de la fesse, avec irradiation à toute la jambe. Une nouvelle élongation du sciatique amena la disparition des attaques, mais avec persistance de douleurs le long de la jambe à certains moments. H. R.

XV. — S'inspirant des travaux récents sur la cachexie strumiprive, P. F. Mœbius fait remarquer qu'un certain nombre des symptômes de celle-ci sont fort analogues à ceux de la maladie de Basedow; il en est de même pour le myxœdème; ces deux affections présentent en effet les analogies suivantes : évolution chronique, sans fièvre, cachexie, terminaison mortelle; surviennent surtout chez les femmes, altérations du corps thyroïde, troubles de l'activité cardiaque, des fonctions psychiques, manifestations du côté de la peau; il existe d'autre part de nombreuses différences qui font de l'une de ces maladies presque le contraire de l'autre; — ici augmentation, là diminution du corps thyroïde ; ici accélération, là retard des battements cardiaques ; ici élévation, là abaissement de la température du corps, etc., de sorte qu'on pourrait jusqu'à un certain point penser que les symptômes du myxœdème sont dus à une diminution, ceux de la maladie de Basedow à une augmentation dans l'activité du corps thyroïde. L'auteur, partant de ce qu'on observe pour le goitre endémique avec crétinisme, se demande si les altérations que présente le corps thyroïde dans le myxœdème et dans la maladie de Basedow ne seraient pas dues à un poison introduit dans l'organisme ou même fabriqué par lui sous l'influence de la dégénérescence nerveuse ou des émotions. PIERRE MARIE.

XV. — Chez deux malades qui présentaient le phénomène dit de Cheyne-Stockes, l'auteur a vu les pupilles se contracter progressivement pendant la période descendante de la respiration et atteindre un minimum durant la pause, pour se dilater ensuite de nouveau pendant la période ascendante. Ces mouvements alternatifs ont pu être suivis durant un grand nombre de cycles respiratoires; dans le cas le plus net, ils n'étaient nullement influencés par la lumière et l'obscurité. Chez ce même malade, Robertson a noté aussi des contractures toniques des muscles des membres au moment des inspirations profondes, faisant place au relâchement complet dans la pause respiratoire. H. B.

I. — Ueber chronische sklerosirende Gastritis (Gastrite scléreuse chronique), par von KAHLDEN (*Centralbl. f. kl. Med.*, *p.* 281, 1887).

II. —Lésions de la muqueuse gastrique dans les dyspepsies rénale et urinaire, par PILLIET (*Bull. Soc. biol.*, 19 *février* 1887).

III. — Epithelioma du pylore chez une jeune fille de 22 ans, par DUZÉA (*Gaz. des hôp.*, 5 *mai* 1887).

IV. — Ein Fall von vollständiger Atrophie der Magenschleimhaut (Atrophie générale de la muqueuse gastrique), par Benno LEWY (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 56, *janvier* 1887).

V. — Ueber Zuckerbildung im Magen und Dyspepsia acida (Formation du sucre dans l'estomac et dyspepsie acide), par C.-A. EWALD (*Ibidem*, *p.* 825 *et* 846, *novembre et décembre* 1886).

VI. — Ueber Magensaftfluss (De la gastrosuccorrhée), par R. REICHMANN (*Ibidem*, *p.* 199, 221, 241, 282, *mars et avril* 1887).

VII. — Two fatal cases of perforating ulcers of the duodenum, par CAVE (*The Lancet*, *février* 1886).

I. — Il s'agit d'une femme de 60 ans, atteinte depuis un an et demi de troubles gastriques vagues; ascite d'abord séreuse, puis sanguinolente; vomissements fréquents, contenant du sang dans les dernières semaines. Tumeur bosselée à l'épigastre.

A l'autopsie, péritonite chronique fibreuse, avec atrophie et sclérose du grand épiploon, du mésentère. Estomac petit, à parois épaisses de près de 1 centimètre, rigides, et d'un blanc grisâtre à la coupe. Pylore perméable. Foie entouré d'une capsule épaissie, d'où partent des tractus centripètes de sclérose. Reins légèrement scléreux.

Le pancréas est transformé dans sa moitié gauche en une masse fibreuse, ne contenant plus traces de tissu glandulaire.

L'examen histologique montre une transformation fibro-embryonnaire diffuse, et presque totale, des parois de l'estomac; les glandes de la muqueuse ont en grande partie disparu.

L'auteur insiste sur la généralisation et l'intensité des lésions de sclérose viscérale, et semble ignorer les cas de ce genre publiés en France.

Pas d'étiologie appréciable ; ni alcoolisme, ni syphilis. La sclérose du mésentère et du péritoine aurait précédé la gastrite chronique (?).

La recherche des acides libres dans le suc gastrique n'a pas été pratiquée. A. CHAUFFARD.

II. — Les lésions gastriques chez les uréniques et les urinaires sont analogues à celles que Marfan a décrites chez les phtisiques. Il paraît probable que, dans tous les cas de lésions chroniques de l'estomac (athrepsie, phtisie, athérome, cirrhose hépatique ou rénale), les troubles essentiels restent les mêmes. Du côté du tissu conjonctif, infiltration de cellules rondes, puis fusiformes en îlots entre les culs-de-sac glandulaires, et en traînées le long des vaisseaux, puis la formation de bandes de fibrilles conjonctives qui isolent les glandes et transforment les villosités. Les tubes glandulaires sont diminués de nombre, dilatés, flexueux, très raccourcis. Les cellules restent à un stade de développement peu avancé, avec retard ou absence de la formation des granules peptiques de Nussbaum. C. WALTHER.

III. — Jeune fille de 22 ans ; excellente santé jusqu'à 21 ans. Pas d'héré-

dité. Début par des troubles digestifs variés, puis apparition de vomissements glaireux, alimentaires. Douleur vive à la région épigastrique. En cinq mois, amaigrissement considérable ; pas de signes de phtisie.

On ne trouve pas de tumeur de l'estomac, bien que tout fasse penser, en dehors de l'âge, à un néoplasme.

A partir du cinquième mois, on commence à percevoir une tumeur. Aggravation rapide, mort huit mois après le début avec tous les signes de la cachexie cancéreuse.

A l'autopsie, tumeur du volume d'une orange au niveau de l'orifice pylorique. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindrique. A. C.

IV. — Dans un précédent travail (*Ziegler's Beitrage zur pathologischen Anatomie und Physiologie*), Lewy a réuni 10 cas (dont 1 personnel) d'atrophie totale des glandes à pepsine de l'estomac; depuis lors, Ewald (*Berl. klin. Woch.*, 1886, n° 32) en a publié un onzième auquel Lewy vient ajouter le suivant. Il s'agit aussi d'un cancer pylorique et l'atrophie glandulaire a pu être diagnostiquée pendant la vie.

Homme de 70 ans. Il y a 6 mois, il eut des troubles dyspeptiques avec douleurs intolérables et continues, pas de vomissements ; pas trace de tumeur gastrique. Emaciation, téguments cireux, œdème malléolaire ; un peu d'ascite ; urines normales jusqu'à la fin. Estomac dilaté, constipation opiniâtre.

A la fin de juin, premier vomissement qui est hémorragique. Vu l'impuissance de toutes les autres médications, Lewy recourt aux lavages stomacaux qui réussissent à calmer les douleurs jusqu'à la mort tout en faisant disparaître la constipation. Dans le liquide retiré de l'estomac, il n'y avait jamais trace d'acide chlorhydrique dans le collapsus.

Autopsie. Épanchement abdominal sanguinolent. Un noyau cancéreux dans chaque lobe du foie. Le pylore est entouré par une ulcération elliptique s'étendant sur les deux courbures et sur les deux parois de l'estomac; davantage sur la postérieure. Toute l'étendue de la muqueuse gastrique respectée par l'ulcère est complètement lisse n'offrant ni les rugosités, ni les plis normaux, sauf dans le voisinage immédiat de l'ulcère. Amincissement considérable de toutes les tuniques. Duodénum sain.

A l'examen microscopique, on reconnaît une atrophie de toutes les membranes de l'estomac et une disparition complète de ses glandes à pepsine les tuniques gastriques renferment une multitude de micro-organismes variés où prédominent les microcoques. On n'aperçoit de vestiges des glandes que dans les rares endroits où la muqueuse n'est pas complètement lisse, c'est-à-dire en particulier autour de l'ulcère. L'ulcère présente les caractères du cylindrome carcinomateux; il en est de même des noyaux hépatiques. Lewy signale en terminant l'importance qu'il y a à diagnostiquer l'atrophie des glandes à pepsine de l'estomac, puisqu'alors la résection de l'estomac devient tout à fait inutile. J. B.

V. — Au point de vue du traitement, il convient de distinguer trois catégories de dyspepsies acides. Les dyspepsies acides du premier groupe, assez rares, sont celles où la production des acides gastriques s'effectue dans l'estomac à jeun ou persiste après que le chyme l'a quitté. Celles du deuxième groupe tiennent à une sécrétion à la fois prématurée et exagérée des acides à la suite de l'ingestion des aliments. Enfin celles du troisième, contrairement aux deux précédentes, au lieu de provenir d'une sécrétion anormale des acides normaux, sont produites par des acides organiques (lactique surtout) résultant de fermentations anormales. Il est à remarquer que le traitement usuel de la dyspepsie acide

institué toujours en vue de cette dernière catégorie ne lui convient pas du tout, puisque les alcalins ne peuvent que favoriser le développement des organismes qui président aux fermentations. En effet, l'acide lactique disparaît de l'estomac dès que l'acide chlorhydrique est sécrété en quantité suffisante et l'administration d'alcalins n'a d'autre effet que de neutraliser l'acide chlorhydrique et partant d'activer les fermentations.

Au contraire, les alcalins sont indiqués au moins comme traitement symptomatique dans les dyspepsies occasionnées par une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique. Mais, pour faire disparaître la cause de cette acidité trop forte, il y aurait lieu, ce semble, d'exclure du régime tous les aliments salés.

Quand, en revanche, il s'agit d'une sécrétion exagérée d'acide lactique, c'est à l'acide chlorhydrique administré à hautes doses qu'il faudra recourir, après avoir toutefois pratiqué des lavages de l'estomac pour en exclure les substances fermentescibles.

Enfin, lorsque la dyspepsie dépend d'une production spontanée d'acides en dehors des repas, il y a lieu de neutraliser les acides, soit par une eau alcaline, soit encore mieux par l'usage régulier d'une poudre composée de carbonate de potasse, de bismuth et éventuellement d'un narcotique. Ewald en fait prendre après chaque repas, à de courts intervalles, quatre ou cinq fois sur la pointe du couteau. Si ces malades se résolvent à un régime rigoureux avec séjour au lit, on peut leur promettre avec certitude la guérison au bout de trois ou quatre semaines.

Les expériences d'Ewald et de Boas, de même que celles de Riegel, paraissent démontrer qu'un degré d'acidité trop fort du contenu stomacal, retarde notablement son passage dans l'intestin. Il est donc indiqué, dans les premiers temps, d'extraire de l'estomac six ou sept heures après le principal repas, les restes d'aliments et le liquide acide qui augmentent les souffrances des malades. J. B.

VI. — Reichmann désigne sous le nom de gastrosuccorrhée un trouble fonctionnel dans lequel l'estomac, à jeun et en dehors de toute excitation secrète du suc gastrique pur. Reichmann en a publié les premières observations (*R. S. M.*, XXVI, 85, et XXVII, 200). Puis sont venues celles de Jaworski et Gluzinski (*R. S. M.*, XXVIII, 509 et 515), de Sahli (*R. S. M.*, XXVII, 180), de Schütz (*Prager med. Wochens.*, 1885, nos 18 et 19), de Rossbach (*R. S. M.*, XXVI, 86), de Riegel (*R. S. M.*, XXIX, 530) et de von den Velden (*Volkmann's Samml. klin. Vortraege*, no 280, 1886). On doit en outre rattacher à la gastrosuccorrhée un certain nombre des faits décrits par Leyden (*Zeitsch. f. klin. Med.*, IV, 1882) sous le nom de « vomissements périodiques », par Struebing (*R. S. M.*, XXXIII, 125) sous celui d'œdème angionévrotique aigu et par divers auteurs sous la dénomination d'hystérie gastrique.

La gastrosuccorrhée peut être périodique ou continue.

La forme périodique est plus souvent un symptôme d'affections du système nerveux qu'un trouble fonctionnel isolé.

Parmi les causes déterminantes des accès, se trouvent les émotions vives et brusques, les excès intellectuels et parfois les écarts de régime. La crise débute soudainement, généralement le matin à jeun. Les vomissements d'abord incolores deviennent porracés dans les heures sui-

vantes; au microscope, tant que l'estomac est à jeun, on ne distingue au sein du liquide vomi aucun élément figuré. Ce liquide qui est acide, a toutes les propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique; son degré d'acidité, très variable, oscille, entre 0,08 et 0,4 0/0. Après les vomissements, le symptôme le plus important est la douleur d'estomac durant la crise, cette douleur, qui n'est pas constante, a le caractère d'une brûlure. Les autres symptômes sont le pyrosis, l'altération, la céphalée, l'agitation. La crise dure habituellement 24 heures; mais, chez les hystériques, elle peut se prolonger des jours, des semaines et même des mois.

La forme continue offre les mêmes symptômes de soif, pyrosis, épigastralgies et vomissements. Mais en outre l'appétit, de jour et de nuit, est exagéré, en ce sens que le sentiment de la faim ne tarde pas à se faire remarquer 2 à 3 heures après le repas. Si cet appétit, spécialement pour les aliments azotés, n'est pas satisfait, il survient de violentes douleurs. Toutefois l'augmentation de l'appétit n'est pas constante. Les douleurs, le pyrosis et la soif sont surtout nocturnes. Les vomissements ont lieu le plus souvent, une fois par 24 heures, plus volontiers la nuit ou le matin. Le vomissement est suivi de l'apaisement de la soif, du pyrosis et des douleurs, lorsqu'il est très copieux. Le liquide rejeté est tantôt un mélange de suc gastrique avec du mucus ou de la bile, tantôt un fluide acide, vert porracé, contenant beaucoup de peptones et des parcelles d'aliments féculents qui se déposent au fond du vase.

La diarrhée est assez commune. Enfin l'amaigrissement et l'anémie sont des conséquences naturelles du trouble morbide.

Le diagnostic est des plus faciles quand on trouve réuni cet ensemble de symptômes : exagération de l'appétit et de la soif, pyrosis, douleurs, vomissements; tous phénomènes qu'une ingestion d'aliments azotés fait disparaître pour un temps. Dans les autres cas, il faut examiner le liquide rejeté ou celui qu'on aspire de l'estomac à jeun. Le microscope n'y révèle jamais la présence ni de fibres musculaires, ni d'autres vestiges d'aliments azotés.

Les lavages de l'estomac, avec des solutions de nitrate d'argent à 1 ou 2 pour 1,000, l'ingestion d'eaux alcalines ou chlorurées alcalines, l'administration de capsules de gélatine, contenant de un demi à un gramme et demi de nitrate d'argent dans dix gouttes d'eau, sont les meilleurs moyens de traitement, en y ajoutant un régime principal azoté. J. B.

VII. — Le premier cas est relatif à une femme de 56 ans, d'une bonne santé, sauf un vomissement de sang survenu quatre ans auparavant. Cette femme est prise sans cause connue de douleurs épigastriques s'exagérant au moment des repas et de vomissements répétés, d'abord alimentaires, puis mélaniques; en même temps diarrhée, marc de café; amaigrissement rapide et perte des forces. Deux mois après le début, symptômes de péritonite et collapsus promptement mortel.

A l'autopsie, épanchement de chyme dans la cavité péritonéale; dans la première partie du duodénum : deux ulcérations arrondies, dont l'une, grande comme une pièce de 2 francs, a des bords légèrement épaissis et cratériformes, dont l'autre, qui semble découpée à l'emporte-pièce, est largement perforée au centre et livre un passage facile au contenu de l'intestin. Autre ulcère analogue dans l'estomac au voisinage du cardia. Intégrité absolue de tout le reste du tube digestif. La seule lésion générale à noter était un athérome

artériel assez prononcé. Pas d'antécédents syphilitiques; toutefois la malade avait eu 3 fausses couches et 12 enfants à terme, tous morts dans leur première année.

Dans l'autre observation, la malade, une femme de 45 ans, robuste, avait seulement ressenti depuis 8 jours un peu de malaise général et de douleur épigastrique, quand elle est prise tout à coup de vomissements, avec rétention d'urine, ballonnement du ventre, etc., elle succombe au bout de vingt-quatre heures. A l'autopsie, même lésion que dans le premier cas : ulcère rond de la première partie du duodénum, large comme une pièce de 10 sous, traversant toutes les tuniques. Estomac et intestin sains du reste. Léger athérome de l'aorte.

H. BARTH.

I. — Traité pratique des maladies du foie, par J. CYR (1 *vol. in-8° de* 880 *pages*, *Paris*, 1887).

II. — Chronische gelbe Leberatrophie, oder acute cirrhose? par OBRZUT (*Wien. med. Jahrb.*, *p.* 463, 1886).

III. — Ueber Stauungscirrhose (La cirrhose par stase), par NAUNYN (*Berl. klin. Woch.*, *p.* 617, 13 *septembre* 1886).

IV. — Ueber Veränderungen des Pfortader Kreislaufs, etc. (Modifications de la circulation porte consécutives à la stase de la bile dans le foie), par E. MARAGLIANO (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *Band XL*, *p.* 83, 1887).

V. — Untersuchungen über Icterus (Recherches sur l'ictère), par F. MÜLLER (*Zeitsch. f. klin. Medic.*, *Band XII*, *p.* 45, 1887).

VI. — Contribution à l'étude du traitement de l'ictère catarrhal, par PREGALDINO (*Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, 1886).

VII. — Uueber eine eigenthümliche..... (Maladie infectieuse particulière avec tuméfaction de la rate, ictère et néphrite, par A. WEIL (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, *XXXIX*, *p.* 209).

VIII. — Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's (Contribution à l'étude de la maladie infectieuse de Weil), par GOLDSCHMIDT (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, *Band XL*, *Heft* 2, *p.* 238).

IX. — Carcinoma primitivo del fegato e trombosi carcinomatosa del cuore, par Arnaldo VITI (*Boll. della Societa trà il cultori di Sc. medic.*, *V.*, 1887).

X. — A case of so called actinomycosis of the liver (Actinomycose du foie), par John HARLEY (*Medico-chir. Transact.*, *LI*, *p.* 135, 1886).

XI. — A propos d'un cas d'adénome du foie et du rein gauche, par GIRAUDEAU et LEGRAND (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, *janvier* 1887).

I. — Le *Traité des maladies du foie*, de Cyr, constitue une œuvre sinon originale et personnelle, au moins un résumé très complet de tous les travaux parus depuis une dizaine d'années, et qui ont tant contribué à transformer les notions acquises sur les affections hépatiques. Après un exposé sommaire de l'anatomie ou de la physiologie du foie, l'auteur consacre un important chapitre à la pathologie générale de l'organe, et reproduit, en les modifiant légèrement, les développements consacrés à cette question par Murchison et Rendu. Comme transition toute naturelle à la pathologie spéciale, l'ictère forme un titre à part, en raison de son importance capitale qui élève parfois ce symptôme à la hauteur d'une

véritable maladie, et qui tient la même place que l'albuminurie dans la pathologie rénale.

L'ictère grave n'est pas envisagé comme une affection spéciale, toujours comparable à elle-même mais comme un syndrôme et comme une terminaison commune à plusieurs maladies hépatiques. L'auteur n'admet point la théorie urémique et il se rattache à l'idée qu'en pareil cas l'intoxication se produit directement par les produits de désorganisation du foie et les résidus biliaires. Avec le chapitre V il aborde la pathologie spéciale par l'histoire de la congestion du foie : c'est aussi, à vrai dire, un chapitre de pathologie générale.

L'hépatite suppurée des pays chauds est traitée avec soin et l'auteur fait remarquer avec raison que depuis l'extension de notre politique coloniale et avec la facilité croissante des relations internationales l'occasion de rencontrer des abcès du foie devient de plus en plus fréquente.

Les cirrhoses constituent un des chapitres les plus travaillés de l'ouvrage. L'auteur admet qu'elles résultent d'un processus irritatif agissant soit localement sur le territoire hépatique, soit sur l'ensemble du système artériel, soit à la fois sur les deux. La cause qui détermine ce processus est variable, et on peut en distinguer quatre catégories : *a*) agents physiques et mécaniques (compression par tumeurs, calcul, etc.), *b*) toxiques et infectieux (alcool, plomb, syphilis et malaria), *c*) dyscrasie rhumatismale et goutteuse *e*), propagation de phlegmasie voisine. Ces variétés étiologiques, malheureusement, ne paraissent pas justifiées par des différences cliniques et anatomiques, mais elles donnent une idée satisfaisante de la pathogénèse des scléroses du foie.

L'ouvrage se termine par un exposé complet de la lithiase biliaire et des parasites du foie (kystes hydatiques). H. R.

II. — Un jardinier, âgé de 30 ans, est apporté à la clinique de Prague le 2 décembre 1885; on apprend qu'il souffre depuis cinq semaines seulement de douleurs gastriques ; il a eu plusieurs hématémèses et un ictère dont l'intensité s'est accentuée progressivement.

Pas de fièvre, langue humide; rien au cœur. Un peu d'ascite, foie petit. Ictère, urine bilieuse. Gonflement de la rate; hémorroïdes. Mort le 13 décembre.

Autopsie : Le foie pèse 810 grammes; cirrhose, il présente de nombreuses granulations saillantes. La rate hypertrophiée mesure 10 centimètres de longueur.

Le foie présente une substance jaune et une substance rouge. Dans la première on trouve, au microscope, du tissu conjonctif jeune qui enserre des lobules, des groupes de cellules ou même des cellules isolées (du moins à la périphérie des lobules, car au centre les cellules sont respectées). Il s'agit là d'une cirrhose développée autour des ramifications de la veine-porte. Dans la substance rouge, le parenchyme hépatique a presque complètement disparu, cédant la place à du tissu embryonnaire de récente formation et à des traînées de cellules épithéliales volumineuses : néoformation de canalicules biliaires, irritation des artérioles et des veinules.

Le processus inflammatoire est, dans cette substance rouge, manifestement aigu. Il y là une sorte d'atrophie *rouge*. La rapidité des phénomènes anatomiques et cliniques autorise l'auteur à admettre ici une *cirrhose atrophique aiguë*. L. GALLIARD.

III. — Depuis les recherches de Liebermeister sur l'état du foie dans les cas de stase hyperémique on admet généralement que la pro-

lifération du tissu conjonctif qui s'y observe se produit comme dans la cirrhose ordinaire dans les espèces interlobulaires.

Naunyn croit au contraire avec Sabourin que les altérations siègent exclusivement au voisinage de la veine centrale. Il n'est pas rare que la prolifération conjonctive atteigne dans les zones intra-lobulaires un tel développement qu'on ait parfois un aspect tout à fait semblable à celui de la cirrhose ordinaire, mais le microscope permet facilement la distinction.

Assez souvent en effet dans ces cas, l'arrangement des lobules hépatiques devient très manifeste sur les coupes à un faible grossissement et dans chaque lobule les ramifications de la veine-porte et les canaux biliaires semblent placés au centre tandis que les veines hépatiques et les proliférations du tissu conjonctif semblent interlobulaires.

Chez les cardiaques, l'ascite est une suite fréquente de cette cirrhose en l'absence d'anasarque; elle se distingue de l'ascite de la cirrhose vraie par l'absence d'hypertrophie splénique.

Quand la cirrhose par stase est récente, Naunyn recourt aux vessies de glace sur la région hépatique. Les ponctions précoces sont indiquées contre l'ascite consécutive.

Il résulte de la discussion qu'à Kœnigsberg et à Dorpat, la cirrhose hépatique chez les alcooliques est très rare, beaucoup plus qu'à Berlin et que parmi les Israélites russes.

Naunyn explique ce fait parce que les alcooliques à Kœnigsberg succombent prématurément au *delirium tremens*.

Baumgarten ajoute qu'à Kœnigsberg la lésion du foie la plus commune chez les alcooliques, est la dégénération graisseuse. J. B.

IV. — Maragliano pense que la réplétion exagérée des canalicules biliaires peut apporter un obstacle mécanique à la circulation du sang dans les rameaux de la veine porte. Sous l'influence de la stase sanguine consécutive, on peut observer de la tuméfaction de la rate et de l'ascite. Dans l'angéiocholite catarrhale ou dans certaines hépatites interstitielles avec hypertrophie du foie, cette compression des vaisseaux porte explique l'augmentation du volume de la rate. A. MATHIEU.

V. — Müller a étudié l'utilisation des substances nutritives chez les sujets sains et chez les sujets atteints de maladie du foie, du pancréas, ou de l'intestin :

Quand la bile cesse d'arriver dans l'intestin la résorption des féculents n'est pas modifiée, celle des matières albuminoïdes diminue à peine sauf quand ces matières sont prises en très grandes quantités; pour la graisse la diminution est au contraire considérable. On retrouve dans les matières fécales 55, 2 à 78, 5 0/00 de la graisse ingérée au lieu de 7 à 10, 5 0/00 qu'on rencontre à l'état normal.

La suppression du suc pancréatique n'a pas d'influence sur la résorption des féculents; elle paraît entraver un peu la digestion des albuminoïdes. Sur la graisse cette suppression demeure sans effet et Müller met en doute les cas de stéatorrhée attribués à des maladies du pancréas.

Les altérations des glandes et du système lymphatique de l'intestin (tuberculose, dégénérescence amyloïde), entravent surtout la résorption des graisses et produisent souvent la stéatorrhée.

On le voit, de toutes les matières alimentaires, les matières féculentes

sont celles dont la digestion est le moins troublée dans ces diverses maladies. Ce fait peut servir de base à des applications thérapeutiques au point de vue du régime à prescrire.

Les graisses contenues dans les matières fécales sont en grande partie (84, 3 0/00), dédoublées en savon et en acide gras. Quand il y a oblitération du conduit de Wirsung la proportion des graisses dédoublées tombe en moyenne à 40 0/00.

Ce dédoublement des graisses a été attribué par quelques auteurs non au pancréas mais aux micro-organismes du tube digestif. Mais à conditions égales le pancréas dédouble en 24 heures 43 à 65 0/00 des matières grasses mises en contact (pancréas de chien ou de porc). Les micro-organismes n'en dédoublent que 9 à 13 0/00. Ce rôle de dédoublement est peut-être le plus important du pancréas.

Le point de fusion de la graisse contenue dans les matières fécales dépasse d'autant plus le point de fusion de la graisse des aliments que l'absorption est plus parfaite, En effet, les graisses les plus fusibles sont les premières absorbées.

L'apparition de cristaux en aiguille dans les matières fécales ne se voit que quand la digestion de la graisse se fait mal. Ces cristaux sont composés par les acides gras ou par les savons calciques et magnésiens de ces acides. M. DEBOVE.

VI. — Pregaldino rapporte trois cas d'ictère catarrhal chez des enfants, où il employa la méthode de traitement de Krull, par les irrigations froides intestinales. Les résultats du traitement furent satisfaisants, puisqu'en une semaine, l'ictère avait disparu : souvent dès la seconde irrigation les selles commencent à se colorer. L'irrigation doit être abondante, de 1 litre 1/2 à 2 litres de liquide. Il n'est pas besoin d'une forte pression pour donner lieu à des contractions intestinales énergiques qui provoquent l'expulsion du bouchon muqueux du canal cholédoque.

H. R.

VII. — Sous ce titre, A. Weil rapporte quatre observations d'ictère dans lesquelles les phénomènes généraux se sont montrés très accentués et ont présenté une marche assez particulière. La maladie s'est montrée chez des adultes pendant la saison chaude. Le début a été assez brusque. Les malades après 2 ou 3 jours de malaise, de courbature, d'inappétence, étaient obligés de prendre le lit. Ils éprouvaient de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie, des douleurs dans les membres et dans les lombes.

A leur entrée à l'hôpital, dès le 3e ou 4e jour, on trouvait une fièvre intense, 39 à 40° et déjà de l'ictère. La rate était augmentée de volume, les urines légèrement allbumineuses, avec quelques cylindres épithéliaux. Les urines rouges, rares, sédimenteuses devenaient abondantes au moment de la guérison.

La langue était chargée, l'inappétence absolue ; il y avait de la somnolence, de la céphalalgie, de l'insomnie, des cauchemars. L'ictère s'accentuait pendant quelques jours.

Arrivée à son maximum la fièvre diminuait, la température s'abaissait progressivement à la normale, par degrés, les phénomènes généraux disparaissaient, puis après une rémission plus ou moins prolongée, de nouveau survenait une élévation de la température, un accroissement de l'ictère, une reprise des phénomènes généraux. Cette rechute durait peu ; moins grave que la première poussée, elle disparaissait au bout de quelques jours, et la convalescence survenait.

Les malades restaient cependant encore pendant assez longtemps faibles, amaigris, mal en train.

A. Weil discute pour savoir comment dénommer cet ensemble symptomatique. S'agit-il d'une atrophie jaune aiguë du foie, d'une fièvre typhoïde avec ictère, d'une fièvre récurrente bilieuse ? Il écarte successivement ces diverses hypothèses et déclare en dernier terme qu'il s'agit d'une maladie infectieuse spéciale.

L'auteur de cette analyse a lui-même publié dans la *Revue de Médecine* (juillet 1886.) (Voy. *R. S. M.* XXIV, 561) une observation absolument semblable à celles de Weil. ALBERT MATHIEU.

VIII. — Le fait de Goldschmidt est un nouvel exemple d'ictère infectieux à marche et à symptômes cliniques semblables à ceux qu'ont publiés sous des noms différents Weil et Albert Mathieu. A. M.

IX. — L'observation de Viti concerne un homme de 58 ans, atteint de symptôme des affections cardiaques graves qu'on avait considéré comme le résultat d'une dilatation du cœur avec dégénérescence graisseuse du ventricule et thrombose probable. L'énorme degré de l'ascite et de l'anasarque n'avait permis qu'une exploration incomplète des viscères abdominaux.

L'autopsie montra les lésions suivantes, épanchement séreux dans les cavités thoraciques et abdominales, cœur droit énorme, péricardite récente ; oreillette droite remplie de caillots récents, groupés autour d'une masse molle, d'apparence encéphaloïde. Le foie, du poids de 2019 grammes, présente une volumineuse masse cancéreuse dans le lobe droit, accompagnée de noyaux secondaires disséminés ; le microscope fait voir qu'il s'agit d'un carcinome à stroma fibreux abondant. Le point intéressant de cette communication est la présence d'un noyau cancéreux de même nature qui remplissait l'oreillette et qui était devenu le point de départ du thrombus. La symptomatologie clinique du cas en avait été complètement modifiée. H. R.

X. — Homme de 30 ans, d'une famille de phtisiques, arrivé à l'hôpital dans un état de maigreur et de cachexie extrêmes. Une tumeur douloureuse fait saillie au niveau de l'hypochondre gauche ; elle est manifestement attenante à la région du foie, sur le lobe gauche. La mort survient dix semaines après son admission à l'hôpital.

Les débuts de l'affection avaient pu être suivis en ville par le Dr Crossman. Six mois auparavant, elle avait débuté par un accès de fièvre intense, avec vive douleur dans l'abdomen et symptômes de péritonite, compliquée de congestion de la base droite du poumon. Le point de départ de cette inflammation était évidemment le foie ; on diagnostiqua une hépatite. Quelques semaines après, l'état était le suivant : Tuméfaction pâle, formant saillie sur la région hépatique, et entourée d'une base uniformément rénitente, constituée par le tissu du foie. Ces caractères n'étaient ni franchement ceux d'un abcès, ni ceux d'un kyste hydatique. Une incision, faite au point le plus saillant, ne donna issue qu'à deux onces de pus et de sang, de mauvaise odeur. Un drain fut fixé au fond de la plaie et maintenu jusqu'à la fin de la vie du malade. Malgré un soulagement considérable, la plaie ne se cicatrisa jamais, bien que suppurant fort peu. Un mois après, on découvrit un autre abcès dans la région lombaire, et une nouvelle incision devint nécessaire. Enfin une vomique pulmonaire se produisit spontanément. Le malade finit par succomber à ces suppurations multiples.

A l'autopsie, on trouva au niveau du foie, une tumeur spongieuse et caverneuse, du volume d'une orange et ressemblant à un vaste anthrax, Plusieurs autres tumeurs du même genre, mais moins volumineuses, étaient disséminées dans l'épaisseur du parenchyme à divers degrés de ramollissement. Le tissu hépatique était congestionné autour des néoplasmes.

Histologiquement, la masse morbide est composée d'une infinité de vacuoles arrondies ou elliptiques, entourées d'un réseau trabéculaire très fin. Le point de départ des lésions est l'espace porte : les capillaires de la veine porte et de l'artère hépatique sont considérablement épaissies et dilatées ; les canaux biliaires, au contraire, sont oblitérés. Le contenu des cavités alvéolaires du foie est constitué par un petit granule solide analogue à un grain de semence qui baigne dans le pus. L'examen microscopique de ces granules montre une disposition de cellules variées, groupées autour d'un noyau central, à peu près comme certains cristaux uratiques. Tout autour se voit une couche de leucocytes. C'est l'apparence décrite dans les cas jusqu'ici observés d'actinomycose.

L'auteur discute les hypothèses relatives à la formation de ces granules. Pour lui, ce ne sont pas des champignons, mais bien une forme particulière du tubercule vulgaire, qui aurait subi la dégénérescence caséeuse et calcaire. Il se fonde sur l'absence constante de filaments de mycélium et sur la présence de graines calcaires faisant effervescence aux acides, ce qui indique un début de calcification de produits morbides dégénérés. H. R.

XI. — Le fait publié par Giraudeau et Lesage vient à l'appui de la théorie soutenue par Sabourin, qui, comme on le sait, prétend que les adénomes viscéraux ne prennent naissance que sur des organes déjà malades. La cirrhose ouvre la série ; l'irritation cellulaire est toujours consécutive, échappant souvent à l'œil nu, mais capable aussi de donner parfois naissance à de véritables tumeurs épithéliales.

Chez le malade qui était entré à l'hôpital présentant les signes d'un cancer du foie, l'autopsie montra que le foie très volumineux pesant 4050 grammes était le siège d'une masse de la grosseur d'une tête de fœtus et dont la consistance était analogue à celle d'un foie gras. Le foie était, de plus, parsemé de nodules extrêmement nombreux.

Le rein droit très hypertrophié pesait 280 grammes. Le rein gauche était transformé presque complètement en une agglomération de kystes : il pesait 180 grammes.

Le foie présentait à l'examen microscopique les lésions classiques de la cirrhose vulgaire. Les altérations d'un grand nombre d'îlots de substance hépatique correspondaient à celles décrites par Sabourin sous le nom d'adénomes du foie. Le rein gauche était atteint de sclérose périvasculaire et intertubulaire avec transformation adénomateuse. Le rein droit offrait des lésions conjonctives sans adénome.

Pour interpréter ces lésions, trois hypothèses se présentent à l'esprit :

1° L'adénome est primitif dans le rein, secondaire dans le foie ;

2° Le foie a été le premier organe atteint, le rein ne l'a été que consécutivement ;

3° La lésion du foie et celle du rein sont indépendantes l'une de l'autre ;

La troisième hypothèse est la plus plausible, elle est acceptable si on veut bien admettre une communauté d'origine, une même étiologie, l'influence de l'alcool pour la cirrhose et l'adénome. RICHARDIÈRE.

I. — De la congestion rénale primitive et de sa pathogénie, par Alb. ROBIN (*Gaz. méd. de Paris, novembre* 1886).

II. — Deux cas de congestion rénale primitive d'origine réflexe, par CORIVEAUD (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 *décembre* 1886).

III. — Apoplexie et hémiplégie urémiques, par FLORAND et CANNIOT (*Gaz. méd. de Paris, novembre* 1886).

IV. — Scarlatinal albuminuria, and the prealbuminuric stage, par Stevenson THOMSON (*Medico-chir. Trans., LI, p.* 97).

V. — Pathologie des néphrites chroniques, par Paul SNYERS (*Bruxelles, 1 vol.*, 1886).

VI. — Ueber Nierenkrankheiten und Psychosen (Deux cas de psychose urémique), par L. WILLE (*Corresp. Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 529 *et* 559, *octobre* 1886).

VII. — On recurring venous thrombosis following chronic pyelitis of gonorrheal origin, par French BANHAM (*The Lancet*, 16 *octobre* 1886).

VIII. — On a case of suppression of urine following injury to a sacculated kidney, etc., par Robert William PARKER (*Brit. med. journ., p.* 677, *mars* 1887).

IX. — Parotitis after injury... (Parotidite consécutive aux lésions abdomino-pelviennes), par Stephen PAGET (*Brit. med. journ., p.* 613, *mars* 1887).

I. — Parmi les différentes causes, capables d'engendrer la congestion primitive du rein, le refroidissement est celle que l'on rencontre le plus souvent : Il se produit une fluxion réflexe et par suite une auto-intoxication, par rétention des produits de désassimilation, pouvant présenter des formes variables : à l'appui de cette pathogénie, différente de l'hypothèse de Todd, l'auteur a déjà publié quelques observations auxquelles il ajoute la suivante :

Il s'agit d'un vieillard de 74 ans, qui, à la suite d'un refroidissement, fut pris de fièvre, malaise, toux et différents accidents à forme typhoïde qui firent un moment songer à une pneumonie, puis à une fièvre typhoïde. Mais certains symptômes manquant, un doute persistait qui fut bientôt levé par la teinte bistrée que prit la peau, ce qui conduisit à examiner de nouveau l'urine et à y trouver les caractères propres à la congestion rénale. La mort étant survenue, l'autopsie a fait reconnaître l'existence ancienne d'une néphrite diffuse, qui ne s'était antérieurement révélée par aucun trouble, aucune altération de l'urine, dont l'analyse avait été faite à plusieurs reprises dans les six mois précédents. Mais sous l'influence du froid, un coup de fouet avait été donné à la lésion latente; les reins, devenus organes de moindre résistance, n'avaient pu continuer leurs fonctions éliminatrices et l'auto-infection ne tardait pas à déterminer une issue fatale. OZENNE.

II. — L'un de ces cas concerne un petit garçon de 12 ans, atteint d'un mal de Pott, pour lequel il était placé dans une gouttière de Bonnet; à la suite d'un lavage des fesses et de la région lombaire avec de l'eau chaude, il avait été pris de douleurs aiguës lombaires ; l'urine était devenue rare : des hématuries étaient apparues, et la fièvre s'était déclarée. En une semaine, ces accidents disparaissaient.

Le second cas a trait à un enfant de sept ans qui, depuis quelques jours, accusait une douleur sourde dans la région lombaire et rendait une urine composée de sang presque pur : cet enfant avait des lombrics, dont il fut débarrassé par le calomel et la santonine. Ceux-ci disparus, l'hématurie cessa et la guérison survint.

L'auteur croit à l'influence des lombrics sur la congestion rénale : ce n'est peut-être qu'une coïncidence. OZENNE.

III. — Chez une jeune femme de 20 ans, ayant fait une récente fausse couche, on constate de l'œdème de la face, de l'albuminurie et une tuméfaction

inflammatoire des amygdales, avec violents maux de tête. Quelques jours après, une perte de connaissance frappe la malade qui tombe dans le coma et meurt rapidement. L'autopsie révèle les lésions très caractérisées d'une néphrite diffuse et de l'œdème cérébral, probablement cause de la mort.

Un homme de 75 ans est amené à l'hôpital pour une hémiplégie gauche complète avec conservation de l'intelligence. L'urine ne contient pas d'albumine. Le malade succombe quelques jours après dans le coma, survenu à la suite d'une congestion pulmonaire; à l'autopsie, on ne trouve aucun foyer d'hémorragie ou de ramollissement, mais des lésions profondes de néphrite interstitielles.

Florand cite ces deux cas comme exemples d'apoplexie et d'hémiplégie, dépendantes de l'urémie. OZENNE.

IV. — Mémoire important, basé sur l'analyse de 180 observations de scarlatine, avec examens répétés de l'urine deux et trois fois par jour, à heures réglées. L'auteur a recherché la présence du sang dans l'urine et celle de l'albumine. Voici, en résumé, les résultats de ses investigations.

a) Période du début de l'albuminurie. Elle peut être précoce ou tardive (40 fois précoce sur 112 cas), elle ne comporte pas alors un mauvais pronostic, mais conduit souvent à l'albuminurie tardive, et alors est plus sérieuse. Sur les 112 cas de manifestations rénales, 55 concernent des faits d'albuminurie pure, et 57 d'hématurie : l'anasarque est relativement rare (24 sur 180 cas) et l'anasarque sans albuminurie encore plus (1 pour 100). L'auteur admet que presque toujours, en pareil cas, il s'agit bien d'une néphrite véritable, et que l'albumine finit par apparaître dans les urines quelques jours plus tard.

Quant au stade préalbuminurique, caractérisé par la dureté du pouls et l'accroissement de la tension artérielle, ce sont là des phénomènes constants dans les formes chroniques de la néphrite interstitielle, mais ils manquent toujours dans la néphrite scarlatineuse : l'albumine apparaît constamment dès les premières heures du trouble rénal. A cette période, l'examen microscopique de l'urine montre presque toujours la présence de leucocytes et de globules rouges du sang, associés à des cylindres muqueux. H. R.

V. — Snyers n'accepte pas la distinction fondamentale de Johnson et de Charcot en néphrite parenchymateuse et interstitielle. Pour lui, le processus fondamental de toutes les néphrites chroniques est identique, mais il existe des variétés anatomiques. Il en admet cinq, savoir : la néphrite hémorragique chronique, le gros rein blanc, le petit rein pâle granuleux, le rein tacheté, et le rein contracté. Ces deux dernières variétés nous semblent n'en faire réellement qu'une.

Le seul point original est la description du rein chroniquement hémorragique déjà entrevu par Weigert. A l'œil nu, il a l'aspect de la néphrite aiguë (gros rein rouge, congestionné) mais au microscope, on constate que les glomérules ont leur paroi interne épaissie, et qu'il existe de la périartérite. Cliniquement cette affection dure de 1 à 2 ans : elle s'accompagne d'hypertrophie cardiaque et d'œdèmes multiples, ainsi que de rétinite. L'urine est très albumineuse et souvent sanglante. H. R.

VI. — Wille a déjà publié (*R. S. M.*, XXIV 478) deux cas de folie urémique accompagnés d'autopsies. Dans le travail actuel, il relate deux nouveaux

faits de ce genre terminés par guérison. Il s'agit de deux hommes âgés l'un de 56 l'autre de 24 ans, prédisposés héréditairement aux affections mentales; le premier en outre était goutteux. Ils ont présenté, en même temps que des phénomènes d'urémie, une sorte de délire hallucinatoire aigü, de type complexe. Les troubles mentaux se sont améliorés en même temps que l'affection rénale. J. B.

VII. — Homme de 34 ans, atteint de blennorragie et consécutivement de prostatite et de cystite avec propagation au bassinet du rein droit. Au bout de six mois, l'urine renfermant toujours du pus, survient un frisson violent suivi des symptômes d'une phlébite des veines du membre inférieur droit et dix jours plus tard de celles du membre inférieur gauche (cette dernière précédée par de l'œdème du pénis et de la gêne de la miction). Ces accidents s'amendent progressivement en l'espace de six semaines, au bout desquelles le malade quitte l'hôpital. Quelque temps après, nouvelle thrombose occupant les veines du bras.

Banham attribue ces thromboses successives à une altération du sang, consécutive à la suppuration rénale longtemps prolongée. L'idée d'un état infectieux ne paraît pas avoir été examinée. H. BARTH.

VIII. — Un enfant de 13 ans jusque là bien portant, tombe dans un escalier et se contusionne les reins : une hématurie en est la conséquence, deux jours après l'accident, au bout de quelques jours, il recouvre la santé en apparence, mais a de nouveau une hématurie, ces alternatives se répètent ainsi plusieurs fois; et l'on constate dans la région lombaire une tuméfaction résistante qui empiète en avant jusqu'à l'ombilic. Diagnostic hydronéphrose traumatique pour laquelle on fait plusieurs ponctions : chaque fois le liquide se reproduit rapidement. Au bout de quelques jours, on incise le rein, mais dix jours après se montrent des phénomènes urémiques, et le malade meurt.

On trouve les deux reins kystiques et l'un d'eux, le premier, atteint d'hydronéphrose. H. R.

IX. — Paget a observé 101 cas de parotidite à la suite de lésions abdominales (10 consécutives à des opérations ou des affections de l'appareil urinaire, 18 du tube digestif, 28 des parois abdominales, 50 des organes génitaux). Cette forme de parotidite est constamment associée avec la septicémie ou la pyohémie, presque toujours pourtant elle n'est pas accompagnée d'autres suppurations : en elle-même elle ne comporte pas de danger véritable. Le caractère principal de cette lésion est d'être insidieuse : elle ne débute point par un frisson, et n'élève pas sensiblement la température, au moins dans la majorité des cas. Elle n'ajoute pas sensiblement à la gravité de la maladie initiale. Jusqu'ici on n'a point constaté dans le pus de ces parotides, de microorganisme pathogène autre que le staphylocoque banal de toute suppuration.

L'auteur anglais se demande si le lien qui rattache les affections abdominales à la parotidite n'est pas la sécheresse de la bouche et l'altération de la salive qui prédispose à l'inflammation du canal de Sténon. Cette manière de voir a déjà été émise il y a bien des années en France. (Voir *Bull. Soc. anat.* 1873.) H. R.

I. — Cyclische Albuminuria (Albuminurie cyclique), par KLEMPERER (*Zeitsch. klin. Medic., Band XII, p.* 168).

II. — Zwei Fälle von intermittirender Albuminurie, par Edw. BULL (*Berl. klin. Woch., p.* 717, *octobre* 1886).

III. — Note on intermittent albuminuria, par COLLINS (*The Lancet*, 20 *février* 1887).

IV. — Note on cyclic albuminuria, par Sidney COUPLAND (*The Lancet*, 10 *juillet* 1886).

V. — On some forms of albuminuria not dangerous to life, par Grainger STEWART (*Americ. journ. of the medic. sc.*, *p.* 34, 1887).

VI. — Transitorische Albuminurie beim akuten Darmkatarrh (Albuminurie passagère dans le catarrhe intestinal aigu), par SINGER (*Congrès médic. de Prague, in Wiener medic. Wochensch.*, *n°* 3, *p.* 69, 1887).

VII. — Della lattosiuria (De la lactosurie), par Leone ARTURO (*Rivista clin. e terap.*, *p.* 456, *septembre* 1886).

I. — L'albuminurie cyclique s'observe surtout chez les jeunes gens. Ceux-ci sont ordinairement des anémiques ou des névropathes. Les troubles généraux, très variables, consistent en céphalalgie, malaise, lassitude, anorexie; ils n'ont, on le voit, rien de bien caractéristique et c'est le plus souvent le hasard qui fait découvrir l'albumine dans l'urine.

L'albumine n'existe que dans l'urine du jour; on ne la rencontre pas dans celle de la nuit; elle est soumise à des variations diurnes qui diffèrent suivant les sujets. Chez le malade dont Klemperer rapporte l'observation, il y avait deux maxima très réguliers, un le matin, un le soir. Les fatigues corporelles, les préoccupations d'esprit augmentent l'albumine; le genre de nourriture semble sans influence.

La maladie est ordinairement chronique, mais elle peut persister des années sans entraîner de phénomènes graves. M. DEBOVE.

II. — Comme suite à un travail précédent (*Nordiskt Medic. Arkiv.*, 1885), Bull publie deux nouveaux cas d'albuminurie intermittente, cessant complètement uniquement par le repos au lit. Il s'agit de deux hommes âgés de moins de 30 ans, bien portants, à part quelques troubles dyspeptiques. Chez l'un d'eux, Bull s'est assuré qu'un régime alimentaire, même riche, en substances albuminoïdes, demeurait sans influence sur la composition des urines, tant que l'individu ne se livrait pas à quelque exercice corporel. J. B.

III. — Collins relate brièvement trois cas d'albuminurie intermittente qu'il a observés chez trois jeunes sujets de 25, 22 et 18 ans. Les symptômes généraux, très analogues dans les trois cas, consistaient en une dépression nerveuse avec sensation de langueur, parfois mal de tête, digestions difficiles, constipation et susceptibilité au froid. La quantité des urines était généralement inférieure à la normale, leur densité de 1,020 à 1,030, leur coloration d'un jaune foncé. La quantité d'albumine variait selon l'heure du jour; elle avait son maximum entre midi et six heures du soir et diminuait à l'heure du coucher. Le matin de bonne heure, elle n'existait qu'à l'état de trace ou manquait même complètement. Chez deux des sujets, elle disparaissait parfois pendant plusieurs jours, pour reparaître ensuite. Au microscope, on y trouvait, avec de l'acide urique, des cristaux très nombreux d'oxalate de chaux. Pas de cylindres. La quantité de l'albumine semblait varier parallèlement à celle de l'oxalate de chaux. L'auteur émet cette hypothèse que l'albuminurie pouvait être due à l'irritation déterminée dans les tubes urinifères par les cristaux d'oxalate. H. B.

IV. — Chez une jeune fille de 16 ans, légèrement anémique, mais du reste bien portante en apparence, Coupland a pu constater l'existence d'une albuminurie intermittente, qu'il a étudiée en examinant les urines toutes les quatre heures. Il a trouvé que l'albuminurie, de très courte durée, pouvait

se montrer presque à toute heure du jour et de la nuit, mais qu'elle était plus fréquente vers la fin de l'après-midi, après les fatigues de la journée. Elle était manifestement influencée, dans son intensité et sa durée, par l'exercice physique ; en revanche, l'heure et la composition des repas n'ont pas paru avoir d'effet sensible. H. B.

V. — On peut distinguer, d'après G. Stewart, 4 variétés d'albuminurie qui ne compromettent pas l'existence :

1° L'albuminurie paroxystique, soudaine et abondante, accompagnée de nombreux cylindres ; durée courte, récidives fréquentes avec ou sans cause occasionnelle appréciable ; relève probablement de l'irritation des reins par des modifications de la crase sanguine ;

2° L'albuminurie alimentaire, provoquée par tel ou tel aliment, le plus souvent par le fromage, la pâtisserie, les œufs;

3° L'albuminurie par travail musculaire, due à des changements de tension vasculaire; nécessite avant tout le repos, de grandes précautions hygiéniques;

4° L'albuminurie persistante simple (?), ordinairement peu abondante, et ne s'accompagnant ni de cylindres, ni d'hypoazoturie, d'hypertrophie cardiaque; peut persister pendant des mois et des années, sans que le régime ni le genre de vie semblent avoir prise sur elle. A. CHAUFFARD.

VI. — On a décrit une albuminurie passagère dans le catarrhe intestinal aigu, non fébrile, qui peut s'accompagner du rejet de cylindres et disparaît quelque temps après le catarrhe. Pour expliquer ce phénomène, on a invoqué deux théories : d'une part, les expériences de Cohnheim sur l'ischémie temporaire; d'autre part, l'hypothèse de la filtration émise par Runeberg.

Le cas, que Singer a observé, parle contre la théorie de Runeberg. C'était un homme de 45 ans, atteint de périty phlite. Après un séjour de huit jours, survint à la suite d'un écart de régime de la diarrhée avec vomissement. Collapsus. 32 selles en deux heures. Le malade rendit 50 centimètres cubes d'une urine concentrée, mais *non albumineuse*. Seulement, le soir après que le pouls se fût relevé, il survint de l'albumine dans l'urine avec beaucoup de cylindres. L'albuminurie dura six jours. BARBE.

VII. — La lactosurie est l'élimination à travers le rein du sucre de lait formé dans la mamelle, lequel, n'étant pas employé par la lactation, est réabsorbé par les vaisseaux sanguins et lymphatiques, et revient dans l'urine.

La lactosurie ne s'observe pas avant le septième mois de la grossesse : elle n'est pas constante dans les deux derniers mois, et est en rapport de cause à effet avec le développement de la mamelle. Une femme sera d'autant meilleure nourrice que plus près du début de la grossesse on rencontrera la lactose dans l'urine, et que la quantité rencontrée dans le huitième ou le neuvième mois sera plus considérable.

Chez les femmes qui n'allaitent pas, la lactosurie est constante dans les cinq ou six premiers jours qui suivent l'accouchement, pour disparaître ensuite complètement.

Chez les femmes qui allaitent, on rencontre la lactosurie dans les quatre premiers jours ; mais la quantité de sucre est très petite et oscille entre 1 et 3 grammes par litre.

Si une femme suspend la lactation pour une cause quelconque, la lactosurie qui n'existait pas apparaît pour cesser au bout de quelques jours.

La lactosurie, chez les femmes qui n'allaitent pas et durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, disparaît pendant la fièvre : ce fait tient certainement à l'oxydation de la lactose pendant la fièvre.

L. GREFFIER.

I. — A propos d'une récente communication de Alb. ROBIN, par LEDUC (*Soc. biol.*, 8 *janvier* 1887).

II. — De la méthode oxydante dans le traitement de la fièvre typhoïde. Réponse aux objections et résultats cliniques, par A. ROBIN (*Soc. biol.*, 22 *janvier* 1887).

III. — Ueber Abdominaltyphus, par Eug. FRAENKEL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 101, 1887).

IV. — Observation de fièvre typhoïde, par MATHIEU (*Revue de médecine*, 10 *novembre* 1886).

V. — Fièvre typhoïde anormale. Mort au dix-huitième jour. Polyarthrites précoces non suppuratives. Absence d'hyperémie. Hémorragies par diverses voies. Rate normale, par DANLOS (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 *janvier* 1887).

VI. — Ein Fall von atrophischer Lähmung der Beine nach Typhus abdominalis (Paraplégie et atrophie musculaire à la suite de la fièvre typhoïde), par C. ALEXANDER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 31, *p.* 529, 1886).

VII. — Typhus abdominalis complicirt mit Scarlatina, par GLASER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, 1886).

I. — Leduc conteste les deux propositions suivantes établies par Alb. Robin :

« 1° Les oxydations dans la fièvre typhoïde sont amoindries.

« 2° Toutes proportions gardées, la part qui revient à ces oxydations dans la calorification fébrile doit être réduite d'une manière proportionnelle. »

L'auteur fait observer que la quantité de chaleur servant à la calorification n'est nullement proportionnelle aux oxydations.

II. — Après avoir montré qu'il y a réellement une diminution des oxydations dans la fièvre typhoïde, Robin expose les résultats cliniques de la méthode oxydante.

A. La médication employée a eu pour résultat d'augmenter les oxydations :

1° Parce qu'à une proportion moindre de matières solides éliminées correspond une plus grande quantité d'urée.

2° Parce que l'urée s'élève aussitôt que le traitement est institué.

3° Parce que le coefficient d'oxydation azotée s'élève pendant l'application du traitement.

Après avoir cité des chiffres qui établissent les proportions, l'auteur donne les statistiques suivantes :

B. Malades traités 307, morts 30, mortalité 9, 7 0/0.

Sur ces 307 cas :

formes	graves.....	139
—	moyennes.....	128
—	bénignes.....	40

Défalcation faite des cas bénins, la mortalité est donc de 11,2; rapportée aux cas graves seulement de 21,5 0/0. Or la mortalité moyenne oscille de 18 à 19 0/0.

Température — Défervescence brusque dans 25 0/0 des cas.

Hémorragies intestinales. — Dans 4,88 0/0 des cas; mortalité de 0,9 0/0.

Perforation — 0,32 0/0.

Broncho pneumonie — 4,2 0/0.

Pneumonie — 0,66 0/0.

Proportion des rechutes — 6,47 0/0.

Durée de la période fébrile : Cas moyens — 20 jours 6
cas graves — 29 — 9

Début de la défervescence : cas moyens — 16e jour
cas graves — 22e —

C. WALTHER.

III. — Fraenkel pense que, pour éviter les ulcérations de la bouche et de la gorge dans la fièvre typhoïde, il suffit de laver convenablement les cavités. De telles lésions en effet ne sont pas dues au bacille de la fièvre typhoïde mais à d'autres micro-organismes cultivés sur un terrain bien préparé par la dothiénentérie : c'est en général le staphylococcus pyogène flavus de Rosenbach. Le même parasite a été constaté par l'auteur dans un cas d'ulcération récente du larynx. Le laryngo-typhus est donc le plus souvent, comme les ulcérations de la cavité bucco-pharyngienne, le résultat d'une infection secondaire. Il y a un autre parasite qui peut envahir secondairement le larynx dans la fièvre typhoïde, c'est celui de la diphtérie.

La gravité des symtômes de la fièvre typhoïde n'est pas en relation directe avec l'intensité des lésions intestinales. Dans les autopsies où le caractère des lésions est douteux, il est important de trouver le bacille spécifique pour fixer le diagnostic. L. GALLIARD.

IV. — Mathieu publie deux observations de fièvres typhoïde l'une à forme cérébro spinale catactérisée par de la rétraction du ventre, de l'hyperesthésie généralisée, du coma alternant avec du délire, de la carphologie, des convulsions et de la rigidité tétanique des membres et terminée par la mort; l'autre survenue chez un saturnin au cours d'une colique de plomb, la fièvre typhoïde fut normale mais pendant la convalescence on vit reparaître les accidents saturnins. C. GIRAUDEAU.

V. — T..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital le 8 février pour une fièvre très légère avec des douleurs articulaires, simulant absolument un rhumatisme polyarticulaire subaigu (genoux, coudes, hanches). Le 10 on note deux larges ecchymoses sur les fesses, et une éruption purpurique aux cuisses. Le 12 épistaxis et diarrhée; le 13 congestion pulmonaire à la base gauche, et hémoptysie abondante. Le 15 stomatite ulcéro-menbraneuse et nouvelle poussée purpurique. Eschares sur les fesses. Mort le 18.

A l'autopsie on trouve des ecchymoses sous pleurales, sous péricardiques et sous endocardiques. Le foie et la rate sont sains. Les intestins présentent les lésions classiques d'une dothiénentérie à la 3e semaine, et fort étendues. Les articulations ne contiennent qu'un liquide transparent, et les tentatives d'ensemencement pratiquées par Straus ont été absolument négatives.

H. L.

VI. — Voici un cas de paraplégie consécutive à la fièvre typhoïde

que l'auteur attribue non pas à une lésion médullaire, mais à une polynévrite dégénérative.

Fille de 20 ans atteinte de fièvre typhoïde à la fin d'octobre 1883. A la fin de décembre on s'aperçoit qu'elle ne peut se tenir debout.

Le 5 février l'auteur constate la paraplégie complète sans anesthésie, avec perte des réflexes tendineux, mais conservation des réflexes cutanés. Aux membres inférieurs, atrophie musculaire très accentuée, perte de la contractilité électrique. Parésie vésicale. Pas de troubles rectaux. Pas de troubles des sens spéciaux. Parésie de la corde vocale gauche et accélération permanente du pouls.

Au bout de trois mois on signale une amélioration. La guérison est complète à la fin de 1885, deux ans après le début des accidents.

L'auteur remarque l'ordre des phénomènes : d'abord retour de la motilité, puis des réflexes tendineux et plus tard seulement réapparition de l'excitabilité électrique. L. GALLIARD.

VII. — Glaser rapporte deux cas de fièvre typhoïde compliquée de scarlatine.

1° Homme de 22 ans, admis le 22 décembre 1885 à l'hôpital général d'Hambourg. Il garde le lit depuis trois jours et offre les signes d'une fièvre typhoïde au début; le 25, taches rosées, tuméfaction de la rate. Le 26, le malade se plaint de douleurs de gorge, exanthème sur la poitrine et le ventre; 40° 2. Le 27, extension aux membres de l'exanthème qui se rapporte sans aucun doute à la scarlatine. Gorge rouge, sans exsudat. Le 2 janvier 1886 desquamation scarlatineuse caractéristique; dès lors la température reste au-dessous de 38°. Le 3 janvier rechute avec taches rosées nouvelles; le 11, 40°; le 16 néphrite; le 22, 39°, pleurésie gauche; le 27 anasarque, anurie; le 28 mort.

Autopsie. — Rate grosse. Double néphrite; ganglions mésentériques tuméfiés; lésions intestinales dothiénentériques en partie guéries.

2° Fièvre typhoïde chez un garçon de onze ans. Scarlatine le 10e jour, desquamation, pas de néphrite. Guérison le 41e jour. L. GALLIARD.

Bemerkungen über das Verhalten des Centralnervensystemes bei akuten Infektionskrankheiten (Participation du système nerveux central dans les infections aiguës), par CURSCHMANN (*Centr. f. klin. Med.*, *p.* 61, 1887).

Curschmann donne en détail deux observations du plus haut intérêt, dont voici le résumé.

1° Cas de fièvre typhoïde, décelée à l'autopsie par ses lésions caractéristiques, et ayant évolué sous le masque d'une paralysie ascendante aiguë de Landry. Or, si la moelle était saine à l'œil nu, et à peine altérée à l'examen histologique, elle n'en contenait pas moins dans sa partie cervico-dorsale de nombreux bacilles typhiques, spécifiés par leurs caractères de morphologie, de culture, et d'inoculation sur des souris et des lapins. Ces bacilles étaient pour la plupart isolés, rarement réunis en petits foyers, et toujours ils siégeaient dans la substance blanche.

2e Une femme est prise d'un grand frisson et meurt au bout de 3 jours de maladie, dans un coma profond. L'écorce cérébrale était criblée de petites hémorragies punctiformes. Or chacun de ces nodules sanguins étaient remplis de bacilles du charbon, reconnaissables à leurs dimensions, formes et réactions tinctoriales; au centre de chaque nodule était une artériole bourrée de bacilles charbonneux. Ceux-ci existaient aussi très nombreux dans les poumons, et dans la rate qui était volumineuse. Porte d'entrée inconnue, peau et muqueuses présentant une complète intégrité. Des renseignements

ultérieurs apprirent que le mari de la malade, ouvrier dans une mégisserie, avait eu, 4 semaines auparavant, une pustule maligne. A. CHAUFFARD.

Contribution à l'étude de l'infection hémorragique, par HLAVA (*Arch. slaves de biologie, t. III, fasc.* 1).

1° Une jeune fille, prise de maux de gorge, et atteinte d'une forte fièvre, fut ensuite couverte d'un érythème généralisé, puis de taches hémorragiques en forme de raies; elle mourut 48 heures après le début; on diagnostiqua une scarlatine hémorragique. L'examen du sang offrit un nombre considérable de micrococcus qui, inoculés à des animaux directement ou après culture, leur communiquèrent une affection hémorragique dont ils moururent. Les viscères étaient frappés de dégénérescence parenchymateuse. Tous les tissus étaient ponctués de petites hémorragies.

2° Dans le 2e cas où la mort survint le troisième jour, après des manifestations symptomatiques analogues à celles du premier cas, on diagnostiqua encore : scarlatine hémorragique. Les résultats de l'examen anatomopathologique furent ceux-ci : Dans les vaisseaux et surtout les capillaires, se trouvent des streptococcus, ne différant en rien du *streptococcus pyogenes ;* ils obstruent les vaisseaux. On en trouve aussi dans le parenchyme de la rate, du rein, dans les amygdales. Les hémorragies punctiformes ou en raies, que l'on avait constatées en si grand nombre, se produisent aux endroits où les vaisseaux sont obturés par les streptococcus. Le foie et le rein offrent une dégénérescence parenchymateuse évidente; leurs cellules ne se colorent plus par les réactifs habituels. A. P.

I. — Le bothriocéphale à Genève, par ZSCHOKKE (*Centralbl. f. Bacteriol. und Parasit.*, *n°* 13, 1887).

II. — Ueber perniciöse Anæmie und Bothryocephalus latus, par RUNEBERG (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 40, *p.* 687, *octobre* 1886).

III. — Développement du tricocéphale et de l'ascaride, par GRASSI (*Centrabl. f. Bacter. u. Parasit.*, *n°* 5, 1887).

IV. — Migration d'un grand nombre d'ascarides lombricoïdes dans les conduits biliaires et le foie, par KARTULIS (*Ibidem*, *n°* 3, 1887).

V. — Secundo caso di anchilostomanemia in Sicilia, seguito di guarigione, par CALANDRUCCIO (*Rivista clin. e terap.*, *p.* 508, *octobre* 1886).

VI. — Ein bisher nicht beobachteter Parasit des Schafes (Nouvel entozoaire du mouton ressemblant à la trichine), par EBERTZ (*Viertelj. für gerichtl. Med. und oeff Sanit.*, *XLVI*, *p.* 102, *janvier* 1887).

VII. — Ciste da echinococco rimasta 45 anni nel cavo pelvico, par Arnaldo VITI (*Boll. della Soc. tra il Cultori di sc. med. Sienna, V*, 1887).

I. — On sait que le bothriocéphale est assez fréquemment rencontré chez les habitants du bord du lac de Genève, mais il semble cependant que, dans ces dernières années, il ait considérablement diminué de fréquence ; on le trouve, en tout cas, moins souvent que le tænia saginata et guère plus que le tænia solium. Depuis bien longtemps on supposait que la larve du bothriocéphale devait habiter un des poissons indigènes du lac de Genève ; Zschokke l'a recherchée dans la plupart des espèces, mais sans la trouver chez l'esox lucius et le coregonus fera, poissons très usités dans l'alimentation, et qui ont été regardés comme servant d'hôtes de passage à la larve du bothriocéphale. Le poisson qui

semble jouer le rôle principal comme moyen d'infection de l'homme, est sans contredit « la lotte » (lota vulgaris) ; la plupart des viscères, le testicule, les ovaires, le foie surtout contiennent des larves d'une façon presque constante. D'autres poissons, sans aucun doute, jouent également le même rôle que le précédent; c'est ainsi que la perche (perca fluviatilis) peut être aussi incriminée ; le brochet contient aussi parfois des larves de bothriocéphale, mais celles-ci ne se trouvent ni dans les viscères, ni dans les muscles, et presque exclusivement dans les intestins qui sont peu utilisés dans l'alimentation.

Enfin, les salmonides, la truite, l'ombre-chevalier surtout, tout en pouvant contenir parfois, quoique rarement, des larves de bothriocéphale ne sont pas un des moyens habituels et fréquents de contamination, car ces poissons moins abondants que la lotte et d'un prix très élevé ne sont guère employés dans l'alimentation de la classe ouvrière.

W. ŒTTINGER.

II. — Runeberg estime que dans certains cas la présence de bothriocéphales dans l'intestin peut déterminer une véritable anémie pernicieuse. Sur 19 malades porteurs de ce tænia, il en a trouvé 12 profondément anémiés. Les anthelminthiques associés à l'arsenic et au fer les ont guéris. Comme preuves que les parasites intestinaux sont en état de provoquer une anémie grave, Runeberg rappelle à côté des observations d'ankylostome duodénal, le fait qu'Erni a signalé dans le béri-béri la présence de trichocéphale dispar. Au surplus l'expérience de Reyher dans les provinces baltiques concorde avec l'opinion de Runeberg.

Dans la discussion *Biermer*, *Quincke*, *Immermann* et *Heller* contestent que Runeberg ait eu affaire au syndrôme morbide si spécial décrit par Biermer. Ce dernier, en effet, n'a jamais trouvé aucun rapport entre une helminthiase quelconque et l'anémie pernicieuse progressive. Heller ajoute qu'on voit fréquemment de très nombreux bothriocéphales (il en a vu jusqu'à 78) vivre dans l'intestin d'un seul individu sans léser en rien son état général.

J. B.

III. — Il résulte des recherches de Grassi que le tricocéphale subit son évolution entière dans l'intestin de l'homme sans passer par un hôte intermédiaire ; il en est de même pour l'ascaride, mais cette démonstration est moins facile à faire; tandis que dans un cas, il n'obtint que des résultats négatifs, il put, dans un second fait, observé chez un jeune garçon de 7 ans, vingt jours seulement après l'injection d'embryons d'ascarides, un grand nombre d'œufs de ce ver dans les matières fécales.

W. ŒTTINGER.

IV. — Il s'agit d'un jeune homme de 30 ans, qui entra à l'hôpital pour se faire soigner de manifestations de syphilis; pâle, très anémié, très faible, le traitement spécifique ne détermina aucune amélioration dans son état général, et il finit par succomber. Il s'était fréquemment plaint pendant les dernières semaines de sa vie, de vives douleurs épigastriques avec irradiation dans la région du foie; cet organe était volumineux et douloureux, au point qu'on avait pensé, malgré l'absence d'hypertrophie de la rate, à des altérations paludéennes. L'autopsie démontra que tout l'intestin grêle était rempli d'ascarides (on en put compter 120) qui avaient pénétré dans l'estomac, l'œsophage et même le pharynx.

Les conduits biliaires en contenaient également; il y en avait 3 dans le canal cholédoque, 3 dans le conduit hépatique, 5 dans la vésicule; dans les

conduits biliaires intrahépatiques, on en pouvait compter jusqu'à 80, mais ils étaient de moindre dimension que les ascarides trouvés dans le tube intestinal; le plus long présentait un développement de 14 centimètres, le plus court une longueur de 6. Les canaux biliaires étaient considérablement dilatés, leurs parois très épaissies et altérées au point de former dans beaucoup de régions différentes de petits abcès, déterminés probablement par des germes pathogènes transportés de l'intestin dans le foie par les ascarides. L'absence complète d'œufs de parasites dans le parenchyme du foie semble prouver que ceux-ci n'accomplissent pas leur développement en entier dans ce viscère. W. ŒTTINGER.

V. — Calandruccio rapporte une observation d'anémie causée par les ankylostomes.

La forme clinique de l'anémie causée par les ankylostomes ressemble à l'anémie pernicieuse progressive, mais en diffère par la coloration spéciale des mains et du visage des personnes atteintes d'ankylostomes, (face pâle et tirant sur le jaune; mains d'une coloration jaune spéciale) ainsi que par la durée. L'anémie pernicieuse a une duré beaucoup plus courte.

Dans cette anémie, il faut prescrire l'acide thymique (12 grammes en 6 cachets administrés un toutes les deux heures), ou encore l'extrait éthéré de fougère mâle. L. GREFFIER.

VI. — Chez une brebis qui avait offert de la parésie des membres et de tremblement musculaire, Ebertz trouva un grand nombre d'entozoaires; spécialement dans les poumons et les muscles, qui ressemblaient beaucoup (ainsi qu'on peut le voir sur les dessins de la communication d'Ebertz) à des trichines non encore enkystées mais qui s'en différenciaient par leur taille beaucoup plus petite, leur couleur plus claire et l'absence, à un fort grossissement, de toute striation transversale de la cuticule. Un certain nombre étaient enroulés et vivants. Leuckart, auquel ces parasites ont été soumis, a déclaré n'avoir vu qu'une fois un ver assez analogue chez le bœuf; il l'a représenté dans son traité (*figure* 285). Pour lui, il s'agit de l'état jeune d'un nématode, non encore classé, appartenant aux filaires ou aux strongles. J. B.

VII. — Le fait de Viti concerne un homme de 49 ans, qui vint succomber à la clinique de Sienne pour une affection cérébrale. Cet homme portait, depuis l'âge de 5 ans, une tumeur sous-ombilicale et pelvienne qui ne l'avait jamais gêné : il avait fait son service militaire sans en être incommodé. L'autopsie montra un énorme kyste hydatique occupant tout le petit bassin, l'espace recto-vésical, et remontant vers l'ombilic en se coiffant du grand épiploon. Le diagnostic n'avait pas été fait. H. R.

I. — **Zur Casuistik der Actinomycose des Menschen, par HOCHENEGG** (*Wien. med. Presse, n° 16, p. 537, 1887*).

II. — **A case of actinomycosis hominis (Un cas d'actinomycose humaine), par R. HEBB** (*Brit. med. journ., p. 331, février 1887*).

III. — **Ein Fall von Actinomycosis Hominis, par A.-W. MÜNCH** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 4, p. 97, et n° 5, p. 129, 15 février et 1er mars 1887*).

IV. — **Ein Fall von acuter Actinomycose, par KAPPER** (*Wien. med. Presse, n° 3, p. 94, 1887*).

I. — Pendant les deux dernières années, on a vu, à la clinique d'Albert,

à Vienne, sept cas d'actinomycose. La maladie était localisée une fois à la langue, quatre fois à la mâchoire et à la joue, une fois à la joue, une fois à la paroi abdominale.

Tous ces cas ont nécessité un traitement chirurgical très énergique.

L'observation du dernier des 7 malades a déjà été signalée (*R. S. M.*, XXX, 296). Le chirurgien a reconnu que le point de départ de la tumeur était le tissu conjonctif prépéritonéal, au-dessus de la symphyse et que la vessie y était presque complètement englobée. La guérison a été obtenue au bout de 3 mois. L. GALLIARD.

II. — Garçon de 11 ans, souffrant depuis un mois de douleurs, de vomissements et de diarrhée. Symptômes de condensation pulmonaire et d'épanchement pleural, qui nécessita deux fois la thoracentèse. Ultérieurement, développement de symptômes d'infection purulente à laquelle il succombe. A l'autopsie, on trouve de la méningite suppurée, de la pneumonie, une pleurésie purulente et un abcès du foie, avec de nombreux diverticules caséeux. En examinant le foie, on trouve des cellules pigmentées autour desquelles irradient des filaments tubulés. Dans le cerveau et le poumon, on ne trouve point les filaments, mais de nombreux cocci. C'est le second cas, avec celui du malade de Harley, qui ait été publié en Angleterre. H. R.

III. — Agriculteur âgé de 29 ans. Il y a un an, léger ictère et douleurs au niveau des côtes inférieures droites. L'hiver suivant, toux et expectoration non sanguinolente. L'été dernier, apparition d'une tuméfaction au niveau du point douloureux du thorax.

Rétraction du côté droit de la poitrine avec matité absolue en avant à partir de la 5e côte, en arrière à partir de l'angle de l'omoplate; absence complète de murmure vésiculaire et des vibrations thoraciques à ce niveau. Nulle part de râles. Pas de fièvre. Entre les lignes mamelonnaire et axillaire antérieure, de la 5e à la 8e côte, on constate une plaque indurée. Münch diagnostique une carie costale avec pleurésie secondaire. Une thoracentèse ne donna écoulement qu'à 800 centimètres cubes d'un liquide verdâtre et la matité diminua peu. Bientôt le gonflement des côtes inférieures augmenta et deux points de la plaque d'induration étaient devenus fluctuants; leur ponction ne donna issue qu'à du sang. Puis la tumeur s'ouvrit spontanément par 8 fistulettes, grosses comme des têtes d'épingle, fournissant une sécrétion sanguinolente renfermant en abondance des granulations arrondies, semblables à celles du lycopode et que le microscope révéla être des actinomycètes. Münch ouvrit alors largement la tumeur, la gratta avec la curette et enleva la peau fistuleuse.

A l'œil nu, l'expectoration du malade ne se distinguait en rien de celle d'un catarrhe bronchique léger, mais le microscope y faisait reconnaître les mêmes éléments cryptogamiques que dans la tumeur des côtes; on n'y voyait ni fibres élastiques, ni bacilles tuberculeux, mais de nombreux conglomérats de leptothrix. (*R. S. M.*, XXVIII, 735.) J. B.

IV. — Un soldat de 22 ans entre à l'hôpital de Czernowitz, le 16 mai 1886, pour un abcès de la région sous-maxillaire droite, datant seulement de 4 jours. Rougeur, gonflement de cette région, infiltration du plancher de la bouche, de la langue et du cou, difficulté d'ouvrir la bouche. T. 39°, 6.

Le 21 mai, incision; les accidents s'amendent, T. 37°, 5. Le pus phlegmoneux et infect est mêlé à un grand nombre de grains jaunes, qu'on reconnaît au microscope pour des champignons d'actinomycose; les mêmes éléments existent dans les dents cariées. Au bout de 8 jours, les sécrétions cessent.

Le 1er juin, mêmes phénomènes à la région sous-maxillaire gauche, avec grains jaunes et actinomyces. L'abcès est guéri au bout de 10 jours.

Le malade n'avait pas été en contact avec des bestiaux et ne venait pas d'un pays où l'actinomycose soit connue. L. GALLIARD.

Thrombose spontanée de l'artère pulmonaire ayant déterminé la mort chez une chlorotique, par H. RENDU (*Soc. méd. des hôpitaux*, 8 *avril* 1887).

Il s'agit d'une fille de 23 ans amenée à l'hôpital dans un état de chlorose très accentuée ; pendant un premier examen debout, elle a une faiblesse ; le soir, on la trouve avec une respiration rapide, ne toussant pas, et l'examen des poumons et du cœur est négatif. Soudain, dans la nuit, elle est prise de suffocation et meurt en quelques secondes ; la face était restée pâle. Les renseignements ultérieurs apprirent que l'anémie remontait à l'âge de 16 ans, la dyspnée à un mois environ — elle avait dû garder 8 jours le lit. A l'autopsie, on trouva les 2 poumons emphysémateux aux lobes supérieurs, indurés aux deux bases, par œdème à droite, par atélectasie à gauche. A droite, les artères pulmonaires sont perméables ; à gauche à partir de la bifurcation, on voit que la bronche du lobe inférieur est oblitérée par un gros caillot qui se prolonge dans les fines ramifications ; ce caillot est peu adhérent aux parois des gros troncs, plus adhérent aux petits vaisseaux : il est grisâtre et a l'aspect d'un moule bronchique. Aucun infarctus pulmonaire. Cœur pâle, sain : le ventricule droit est plein de caillots agoniques. Des coupes microscopiques pratiquées sur des vaisseaux de calibres divers montrent les parois artérielles saines, l'endothélium normal ; les réactifs colorants se fixant moins sur des caillots légèrement rétractés, et plus anciens, que sur d'autres plus récents, obstruant la lumière du vaisseau. Les vaisseaux bronchiques ne sont pas oblitérés.

Rendu affirme l'existence de la thrombose spontanée, d'après l'absence d'étranglements valvulaires, habituels aux caillots emboliques venus des veines, d'après l'adhérence avec les parois de fins coagula décolorés et jaunâtres, adhérence d'autant plus intense que le vaisseau était plus petit. — Il insiste sur la rareté des thromboses chez les chlorotiques, sur l'intégrité absolue des rameaux de l'artère pulmonaire, qu'il s'attendait à trouver atteints d'endartérite ou de périartérite ; (c'est donc à une thrombose inopexique qu'il a eu affaire), sur l'immunité du parenchyme pulmonaire, qui n'est qu'atélectasié, fait qui s'explique par la perméabilité des artères bronchiques, enfin sur l'absence d'hémorragie pulmonaire, due à l'adaptation progressive du poumon au rétrécissement du champ circulatoire. H. L.

GYNÉCOLOGIE.

Zur Frage der Deciduom, par KLOTZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 1).

Ces tumeurs sont constituées par un tissu qui présente exactement les mêmes éléments et la même disposition des éléments anatomiques que la caduque. Elles ont été décrites pour la première fois par Maier. (*Virchow's Archiv, Band* 67, 1876).

Celle que l'auteur a eu l'occasion d'étudier provenait d'une femme de

33 ans, qui avait eu trois grossesses à terme et trois avortements. La dernière grossesse, qui avait été régulière, remontait à deux ans ; le placenta avait été examiné par un médecin et reconnu entier : les règles étaient revenues absolument régulières pendant deux ans : les deux avant-dernières avaient seulement été un peu plus abondantes. Enfin la dernière s'était prolongée pendant cinq semaines et durait encore lorsque la malade se présenta à l'auteur. Celui-ci constata l'existence dans le col d'une tumeur qu'il enleva avec les ciseaux. Cette tumeur, examinée au microscope, présentait les caractères de la caduque aux premiers mois de la grossesse ; même aspect lacunaire spongieux ; seulement les espaces glandulaires, contrairement à ce qu'on voit dans la caduque, sont intérieurement tapissés de leur revêtement épithélial, les épithéliums, comme dans la caduque, présentant tous les degrés de développement. Dans l'intervalle, de véritables cellules déciduales, les unes rondes, les autres allongées ; de petites cellules rondes comme dans la caduque et des cellules lymphoïdes réunies par groupes, et donnant l'aspect d'un tissu adénoïde diffus ; des sinus lymphatiques et des artérioles contournées en spirales comme dans la caduque ; il manque le système des capillaires artério-veineux de la caduque ; les artérioles aboutissent à des lacunes sanguines, tapissées d'endothélium et dans la cavité desquelles on trouve une réunion des éléments les plus variés, analogues aux éléments de la boue splénique. Nulle part la tumeur ne présente trace de villosités. Cette tumeur pourrait donc être rangée dans la catégorie des tumeurs dérivant du tissu connectif et très près des adénomes. Son point de départ serait, d'après l'auteur, l'excitation produite sur la muqueuse utérine par un œuf fécondé, dont la vie n'aurait duré que quelques heures ou quelques jours.

Kaltenbach a décrit sous le nom de déciduome une sorte d'altération diffuse de la caduque, que l'on ne peut considérer comme une véritable tumeur : c'est, en réalité, une inflammation syphilitique de la caduque. Les tumeurs décrites par Küstner ne méritent pas davantage le nom de déciduome ; ce sont de petites saillies de la muqueuse, qui peuvent parfois prendre la forme de polype, mais n'acquièrent pas le volume d'une tumeur et sont disséminées sur la muqueuse ; cette affection mériterait le nom d'endométrite déciduale. Elle se distingue du déciduome par la présence des villosités, de même que l'adénome du placenta (Voy. *R. S. M.*, XXI, 597 ; XXI ; XII, 594 ; XXIX, 598.)

H. DE BRINON.

Ein Fall von angeborener Hymenalcyte (Kyste congénital de l'hymen), par Albert DÖDERLEIN (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 2).

Chez une enfant nouveau-née, tumeur du volume d'une noisette qui fait saillie entre les grandes lèvres. Zweifel l'ouvre et il en sort un liquide laiteux, de consistance boueuse, constitué au microscope par de grandes cellules épithéliales pavimenteuses, à noyaux volumineux. Quelques jours après, toute trace de la tumeur avait disparu ; en recherchant la cicatrice, qui se trouvait sur la moitié droite et supérieure de l'hymen, on vit sourdre d'un orifice symétrique situé du côté gauche un liquide de même nature que celui qui remplissait le premier kyste ; l'orifice permettait l'introduction d'une sonde fine à une profondeur d'un demi-centimètre.

Il s'agit de kystes formés aux dépens de replis ou canaux qui existent normalement sur l'hymen du nouveau-né : l'auteur a constaté sur un grand nombre de nouveau-nés la présence de ces replis qui occupent de chaque côté de la ligne médiane la face cutanée de l'hymen ; tantôt ils sont libres, tantôt ils sont soudés et forment un canal à cul-de-sac pos-

térieur à orifice antérieur : c'est l'oblitération de l'orifice qui a déterminé, dans le cas actuel, la formation du kyste observé H. DE BRINON.

Ueber die Operation des Mastdarmbruchs (Sur l'opération de la rectocèle vestibulaire), par **ROSE** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXV*, 491-501).

Rose conseille pour les cas de grosse rectocèle se faisant à travers la vulve sans déplacement de l'utérus une opération complexe, ayant pour but de remplacer par une cicatrice solide la paroi vaginale postérieure et de soutenir le vagin ainsi rétréci par une suture fermant la vulve de la fourchette au méat urinaire et réunissant les petites et les grandes lèvres préalablement avivées. On peut ainsi obtenir des résultats durables.

Rose rapporte un cas curieux où il a pratiqué cette opération et dans lequel le prolapsus rectal se compliquait de la présence, dans l'épaisseur de la paroi vaginale entraînée, d'une moitié atrophiée de l'utérus qui fut enlevée pour un myome du vagin. MAURICE HACHE.

Absence complète du vagin. Douleurs menstruelles périodiques. Création d'un vagin artificiel, par POLAILLON (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *XIII*, *p.* 204-209, 1887).

Jeune fille de 21 ans, souffrant du ventre irrégulièrement depuis l'âge de 15 ans, tous les mois depuis 18 ans. Aucun écoulement sanguin. Les douleurs durent maintenant une période de 10 jours, cessent la nuit et ne s'accompagnent pas d'augmentation de volume du ventre. L'examen montre que les organes génitaux externes sont bien conformés, mais qu'il n'y a pas de vagin, la vessie et le rectum sont immédiatement accolés ; on sent entre le pubis et l'ombilic une tumeur qui doit être l'utérus et sur laquelle le doigt arrive par le rectum après un trajet de 8 à 9 centimètres. Cette tumeur est très mobile ; elle se distend médiocrement pendant les crises douloureuses.

Première opération le 23 mars. — Incision transversale de la muqueuse et dédoublement de la cloison recto-vaginale avec le doigt et une spatule mousse, à une profondeur d'environ 10 centimètres, jusqu'au voisinage de l'utérus qui est très mobile. Tamponnement iodoformé. Suites très simples. Les douleurs habituelles ne se font pas sentir au commencement du mois.

Seconde opération le 15 avril. — Le décollement est conduit jusqu'à l'utérus dont le col, qui paraît imperforé, est incisé avec la lame d'un scarificateur et un lithotome : issue d'un quart de verre d'un liquide noirâtre sans odeur. Tamponnement iodoformé bientôt remplacé par un faisceau de 5 tubes de caoutchouc rouge. Suites très simples.

Au moment des époques, la malade a eu quelques douleurs, mais sans écoulement sanguin ni tuméfaction de l'utérus. Le 13 novembre, la malade quitte l'hôpital avec un vagin permettant la copulation malgré sa tendance au rétrécissement. Elle n'est pas réglée, sans doute à cause d'une malformation utérine, mais ses douleurs autrefois excessives sont remplacées à chaque époque par un malaise fort supportable. MAURICE HACHE.

I. — Antiseptic tamponnement of the vagina in pelvic inflammations, par H. ETHERIDGE (*Journal of Americ. med. Assoc.*, *p.* 344, 26 *mars* 1887).

II. — Vaginal pressure in the treatment of chronic pelvic disease, par Reves JACKSON (*Ibidem*, *p.* 454, 23 *avril* 1887).

I. — Une femme atteinte de métrite avec prolapsus des deux ovaires, avait subi de multiples opérations, l'utérus était immobile. La femme placée en

position genu pectorale, on tamponna le vagin avec de l'ouate imbibée de glycérine boriquée. Au bout de trois mois l'amélioration était grande, au septième mois, l'utérus était mobile, et la malade pouvait se promener.

Les affections chroniques de l'utérus sont améliorées par ce traitement dont plus de trente malades ont toutes retiré bénéfice.

L'auteur donne la préférence à une laine autiseptique coupée par morceaux qu'on laisse en place quatre ou cinq jours.

II. — R. Jackson, dans de nombreux cas d'affections chroniques du bassin a employé la méthode de Taliaferro :

La femme est dans la position genu pectorale et le vagin est rempli de laine comprimée glycérinée. Ce traitement a pour effet de diminuer l'apport sanguin et la nutrition; de provoquer l'absorption; de faire disparaître les tissus hyperplasiés par métamorphose rétrograde; de diminuer l'action nerveuse; de rectifier les mauvaises positions de l'utérus.

En enlevant les tampons, on constate souvent des érosions, lorsque le tamponnement a été fait de telle sorte qu'on a maintenu largement ouvert le col utérin, d'où nécessité de presser autant que possible les lèvres du col l'une contre l'autre. — La vaseline sera souvent employée de préférence à la glycérine : elle ne produit pas l'écoulement séreux de la glycérine et permet la compression, qui est l'essentiel du traitement.

La compression doit être égale, faite avec de petites pièces d'ouate au moins pour la partie supérieure du vagin.

Les cas où le traitement a le mieux réussi sont ceux caractérisés par un engorgement mou, tels que ceux des premiers moments de l'involution avec ou sans déchirure du col. MAUBRAC.

Ueber Hæmatocele periuterina, par A. GUSSEROW (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 3, 1887).

Relations de 8 cas d'hématocèles périutérines traités par l'incision vaginale, lavage avec la solution d'acide salicylique, drainage et tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée. A l'exception du premier cas dont la guérison a été retardée par des complications péritonitiques, toutes les opérées ont guéri rapidement. Cette rapidité de la guérison est un des principaux arguments de l'auteur en faveur de l'intervention. L'auteur rejette absolument le raclage avec la curette en raison du danger de l'hémorragie. Au point de vue du siège, un seul de ces cas pouvait être considéré comme siégeant dans le ligament large (forme extrapéritonéale) : trois autres cas sont restés douteux, quatre fois le point de départ paraît avoir été une grossesse extrapéritonéale; cependant il n'a pas été possible de retrouver des débris d'œufs (*R. S. M.*, XXV p. 225 et 627).

La laparotomie doit toujours céder le pas à la voie vaginale dans le traitement de l'hématocèle (*R. S. M.*, XXVI, p. 623). H. DE BRINON.

Perforation eines tuberkulösen Dürmdarmgeschwures, par Eduard KAUFMANN (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 3).

Autopsie d'une femme de 43 ans qui a été apportée mourante à la clinique de Breslau. L'utérus présente sur ses faces postérieures et latérales 4 fibromes volumineux dont deux sont complètement réduits à l'état de dégénérescence calcaire. La cavité de l'utérus est considérablement dilatée : elle mesure

12 centimètres de hauteur sur 13 centimètres de largeur et un demi-centimètre de profondeur. Elle renferme des matières fécales : la paroi postérieure de cette cavité est formée par l'une des tumeurs calcaires; le tissu propre de l'utérus à ce niveau a complètement disparu et la masse calcaire se présente sous forme de saillies tuberculeuses. Le col est complètement oblitéré et transformé en un cordon qui mesure 13 centimètres de la portion vaginale à l'orifice interne. La cavité utérine communique par deux fistules avec l'intestin grêle : l'une de ces fistules aboutit dans l'intestin par un orifice entouré d'une ulcération tuberculeuse (examen microscopique), l'autre orifice ne présente rien de particulier ; la cavité utérine est en outre reliée à l'ombilic par une fistule dont l'ouverture a eu lieu trois mois avant la mort. L'intestin grêle, le péritoine et la trompe gauche présentent des semis tuberculeux. H. DE BRINON.

Hydrastis canadensis in uterine hœmorrhage, par WILCOX (*New York med. Journal, p.* 199, 19 *février* 1887).

L'auteur a fait usage de l'hydrastis canadensis dans divers cas d'hémorragies utérines.

Il a obtenu de bons résultats chez trois malades atteintes de fibromyomes utérins ; le médicament a réussi dans l'endométrite fongueuse même après l'insuccès du curage utérin. Les métrorragies consécutives à l'accouchement et les ménorragies ont été combattues avec succès ; dans les cas où il était nécessaire de provoquer les contractions utérines, on constatait, sous l'influence de l'hydrastis, un retrait notable des parois.

Les accidents dus aux antéversions, aux inflammations périutérines, ont été également enrayés.

En résumé, l'hydrastis a des applications multiples en gynécologie. L'auteur est convaincu de son efficacité contre toutes les variétés d'hémorragies de l'utérus ; il croit qu'en l'employant on pourra éviter souvent des opérations chirurgicales dangereuses. L. GALLIARD.

Beitrag zur Kenntniss der cystoïden Uterustumoren (Contribution à l'étude des tumeurs kystiques de l'utérus), par W. MÜLLER (*Archiv für Gynækologie, Band XXX, Heft* 2).

L'hypothèse que certains kystes utérins ont leur point de départ dans les vaisseaux lymphatiques a été émise par Kœberlé et plus tard soutenue par Leopold, Fehling et Rein ; 4 faits, recueillis par l'auteur à la clinique privée du professeur König à Gottingen, viennent à l'appui de cette hypothèse; dans les 4 cas, l'auteur put reconnaître, à l'aide du nitrate d'argent la présence d'un revêtement endothélial sur les parois des poches kystiques les moins volumineuses. L'absence de ce revêtement sur les poches plus considérables s'explique par les modifications que subissent les parois vasculaires lymphatiques sous l'influence d'une distension exagérée. H. DE BRINON.

I. — Die Mucosa Uteri bei Myomen (La muqueuse de l'utérus, ses altérations en cas de fibromes), par Theodor WYDER (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 1).

II. — Gros fibrome utérin extrait par les voies naturelles, par Ch. MONOD (*Bull. de la Soc. de chir., t. III, p.* 768-772).

III. — Electrolysis in the treatment of fibroid tumors of the uterus, par F.-H. MARTIN (*Journal of Am. med. Ass., p.* 78, 15 *janvier* 1887).

IV. — Uterine fibroïds treated by the fluid extract of ergot, par Charles-T. PARKES (*American journal of obstetrics, septembre* 1886).

V. — Ueber die Nothwendigkeit der Myomoperationen (Sur la nécessité d'opérer les myomes de l'utérus), par Edm. ROSE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXV, p.* 456-464).

VI. — Exstirpation eines grossen polypösen... (Ablation par laparotomie d'un volumineux fibrome pédiculé du corps utérin), par W. NAGEL (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 31, 1886).

VII. — Ein weiterer Beitrag zur Exstirpation... (De la laparotomie pour l'extraction des fibromes sous-muqueux volumineux), par Wilhem HAGER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 40, 1886).

VIII. — Zur Statistik der Myomoperationen, par A. MARTIN (*Deutsche med. Woch., n°* 12, *p.* 240, 1887).

IX. — Die elastiche Ligatur bei der Myomotomie und Amputatio uteri supravaginalis (De l'abandon dans la cavité abdominale de la ligature élastique du moignon des myomotomies et des amputations sus-vaginales de l'utérus), par J. KUHN (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 23, *p.* 646, *et n°* 24, *p.* 689, 1 *et* 15 *décembre* 1886).

X. — Laparo-hystérectomie pour fibro-myomes interstitiels de la matrice : Réduction du pédicule avec ligature élastique définitive. Guérison, par Em. MUELLER (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *septembre* 1886).

XI. — Zur Technik der Amputatio Uteri myomatosi supravaginalis, par M. SAENGER (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 44, 1886).

XII. — Beiträge zur Castrationsfrage, par L. PROCHOWNICK (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 2).

I. — Wyder a examiné un certain nombre de tumeurs fibreuses de l'utérus, en vue de déterminer les modifications que provoque dans la muqueuse utérine la présence de ces tumeurs; et plus spécialement d'établir la cause prochaine des hémorragies qui les accompagnent presque constamment. Les 20 préparations examinées par l'auteur se divisent en 4 tumeurs sous-séreuses, 15 interstitielles et 1 sous-muqueuse. Dans les 4 cas de tumeurs sous-séreuses la muqueuse était profondément altérée : elle était épaisse : et sa principale modification consistait dans un développement extraordinaire des glandes. Le tissu interglandulaire avait pris lui aussi un développement exagéré, mais non en rapport avec celui des éléments glandulaires : l'hypertrophie de ces derniers éléments allait dans un cas, jusqu'à la formation d'un énorme adénome polypeux de bonne nature. Dans le second groupe (tumeurs interstitielles) l'état de la muqueuse varie suivant que la tumeur fait ou non saillie dans la cavité utérine. Lorsqu'elle ne fait pas saillie, la muqueuse toujours altérée présente soit une hypertrophie du tissu glandulaire, sans modification du tissu connectif, soit une hypertrophie des deux tissus : soit une hypertrophie du tissu connectif interstitiel avec atrophie glandulaire. Une seule fois la muqueuse ne s'est pas trouvée altérée : il

s'agissait d'une fibrome du fond. Lorsque la tumeur fait saillie, on trouve immédiatement sur la tumeur la muqueuse atrophiée avec transformation scléreuse du tissu connectif et disparition plus ou moins complète des glandes, ou transformation kystique de ces glandes. Au voisinage de la tumeur, au contraire, la muqueuse s'hypertrophie et présente, associés ou isolés, les caractères de l'endométrite glandulaire et ceux de l'endométrite interstitielle. Dans le cas unique de fibrome polypeux que l'auteur a examiné, la muqueuse présentait de l'hypertrophie du tissu interstitiel avec dilatation des glandes. Si l'on rapproche les anamnestiques cliniques des lésions trouvées au microscope, on constate que les hémorragies sont le résultat constant de l'hypertrophie du tissu interstitiel, l'hypertrophie du tissu glandulaire isolée ne donnant lieu à des hémorragies que lorsqu'elle atteint le plus haut degré; quant à la prédisposition aux dégénérescences malignes, mise en avant par quelques auteurs, l'auteur n'en a trouvé aucun indice. Dans aucun cas les glandes hypertrophiées ne pénétraient dans la couche musculaire : jamais il n'a constaté dans la muqueuse elle-même de tubes épithéliaux solides. H. DE BRINON.

II. — Il s'agit d'un fibrome utérin mesurant 20 centimètres de circonférence, tout entier contenu dans l'utérus dont il avait seulement effacé l'orifice interne. Monod sectionna toute la hauteur intra-vaginale du col avec les ciseaux du thermo-cautère et put attirer la tumeur à travers le col avec des pinces de museux. Ayant alors senti avec le doigt un pédicule implanté vers la corne droite de l'utérus, Monod le sectionna avec la serpette de Courty et put facilement terminer l'extraction. Suites très simples, ni douleurs, ni fièvre, ni hémorragie. La malade rentre chez elle au bout de 12 jours.

MAURICE HACHE.

III. — Martin adopte la méthode d'Apostoli et conclut ainsi :

Un courant de 10 à 250 milliampères est nécessaire pour obtenir un effet utile.

Les hémorragies causées par les tumeurs fibreuses sont arrêtées par l'effet coagulant du pôle positif appliqué dans l'utérus.

Si ou ne peut pénétrer dans le canal cervical, on creuse, dans la masse de la tumeur qui l'obstrue, un canal artificiel qui prend la place du canal utérin dans tous les traitements qui suivent.

L'électrode intra-utérin sera toujours négatif, à moins qu'une hémorragie on une leucorrhée abondantes ne réclame l'électrode positif. Le courant sera le plus fort possible, en rapport avec l'effet désiré et la tolérance du patient. Les cas d'intolérance sont : l'hystérie aiguë, l'entérite aiguë, et la métrite aiguë. La durée de la séance est de 8 minutes.

Le début du traitement importe peu si la tumeur s'accroit lentement et s'il n'y a point d'hémorragie excessive. L'opération se fera, s'il est possible, entre les périodes menstruelles à moins que l'hémorragie ne soit continue. MAUBRAC.

IV. — Dans quatre cas où Parkes a eu l'occasion d'employer l'ergot contre des fibromes sous-muqueux de l'utérus, l'expulsion a été obtenue dans un intervalle variant de 8 à 6 mois. L'auteur administre l'extrait fluide d'ergot par la bouche à la dose d'un demi drachme toutes les 6 heures : le traitement est assez pénible : et l'emploi de la morphine est nécessaire pour calmer les douleurs que provoque l'ergot. Les malades traitées par l'auteur étaient âgées de 43, 37, 33 et 34 ans :

deux des tumeurs étaient d'une consistance dure, d'un blanc brillant à la coupe : les deux autres étaient molles, pultacées : pour l'une d'elles, le diagnostic fut un moment hésitant entre l'hématome et le fibrome. L'expulsion des tumeurs a été dans tous les cas précédée de douleurs très violentes et trois fois d'accidents septicémiques plus ou moins violents : la guérison a été parfaite dans les 4 cas. H. DE BRINON.

V. — Rose insiste sur l'importance qu'il y a à opérer de bonne heure les corps fibreux de l'utérus. La ménopause en effet est loin d'assurer leur atrophie et la disparition des accidents. En dehors, il y a trois mécanismes habituels de la mort des femmes atteintes de corps fibreux : volume énorme qui empêche tout mouvement et ne laisse plus aucune chance de succès à l'intervention chirurgicale, hémorragies répétées et ascite à reproduction incessante.

Les pièces présentées par Rose à ses collègues mettent en évidence une 4e cause de mort, l'hémato-salpingite. Il les a recueillies sur une demoiselle de 45 ans, toujours bien réglée, n'ayant jamais souffert et n'ayant consulté Rose qu'à cause du volume de son ventre. Il reconnut des tumeurs fibreuses multiples, et pratiqua l'hystérectomie abdominale supra-vaginale, au cours de laquelle il trouva un kyste sanguin de la trompe droite du volume d'un œuf sur le point de se rompre dans le péritoine. Ablation assez difficile. Guérison. MAURICE HACHE.

VI. — Relation de deux opérations pratiquées par Martin à Berlin ; dans les deux cas, il s'agissait de fibrome sous-muqueux volumineux et pédiculisés du corps utérin : dans le premier cas, Martin fit l'énucléation par le vagin : l'opération fut très laborieuse et la malade succomba au bout de 3 jours. Dans le second cas la voie abdominale fut adoptée, l'utérus ouvert sur sa face postérieure, l'ablation se fit sans difficulté bien que la tumeur atteignît le poids de 940 grammes ; la convalescence fut absolument apyrétique, la malade put quitter le lit le 14e jour.

VI. — L'ablation d'un volumineux fibrome sous-muqueux par laparatomie et avec conservation de l'utérus a été pratiquée avec succès par Martin. (Voy. ci-dessus). L'auteur vient de répéter la même opération avec succès à Hambourg. Il s'agissait d'une femme de 22 ans dans un état d'anémie extrême. La tumeur dont le début remontait à deux ans, offrait le volume d'une tête d'adulte et pesait 1750 grammes. L'opération fut pratiquée le 28 avril 1886 avec les précautions antiseptiques. Ouverture de l'utérus sur sa paroi antérieure, comme pour une opération césarienne. La tumeur adhère au fond et à la paroi postérieure et son isolement nécessite un grand déploiement de forces. Réunion de la plaie utérine à l'aide de 30 sutures au catgut. Pendant la convalescence, écoulement fétide combattu par des injections intra-utérines d'eau chlorée et l'introduction des crayons d'iodoforme. Guérison complète en 18 jours. H. DE BRINON.

IX. — Pendant une période de 10 ans (de 1877 à 1886), A. Martin a opéré, dans son hôpital spécial de Berlin, 150 myomes utérins. Il a eu 37 décès, soit 24,6 0/0.

En classant les tumeurs d'après leurs caractères anatomiques, on trouve :

Sur 22 myomes sous-péritonéaux, 5 morts, soit 22,7 0/0.
Sur 92 myomes interstitielles, 24 morts, soit 20 0/0.
Sur 25 myomes sous-muqueux, 4 morts, soit 16 0/0.
Sur 11 myomes intraligamentaires, 4 mots, soit 86,3 0/0.

Si l'on tient compte du procédé opératoire, la statistique donne :

84 amputations de l'utérus (sus-vaginales), 25 morts.

42 énucléations après laparotomie, 9 morts.
20 énucléations par le vagin, 3 morts.
4 extirpations de l'utérus par le vagin, 0 mort. L. GALLIARD.

X. — Relation de 6 opérations successives avec abandon de la ligature du pédicule des tumeurs dans le ventre. Ces opérations se décomposent en 2 myomotomies sans ouverture de la cavité utérine et 4 amputations sus-vaginales de l'utérus pour tumeurs diverses du corps utérin. Une seule des opérées a succombé. C'était une femme de 64 ans atteinte de fibrosarcome, elle fut emportée par des accidents d'étranglement interne le 9e jour. L'autopsie montra que la ligature élastique était complètement enkystée et isolée de la cavité péritonéale, soit par la vessie, soit par une même couche d'exsudat plastique; pas trace de suppuration. L'occlusion intestinale résultait de l'adhérence, sur une longueur de 10 à 12 centimètres à la paroi postérieure de l'abdomen, d'une anse intestinale. J. B.

XI. — Fille vierge de 54 ans, atteinte depuis 9 ans d'une tumeur abdominale et de quelques accidents péritonéaux : on diagnostique un fibromyome et une péritonite chronique. Le 24 mai, laparotomie antiseptique. Deux litres de liquide ascitique s'étant écoulés et la tumeur ayant été isolée des ligaments larges et des ovaires réduits après ligature, on note qu'elle s'est développée au-dessus de la matrice, qui lui sert de pédicule : ce pédicule, de 12 centimètres de circonférence, est lié au moyen d'un tube de caoutchouc rouge, qui en fait trois fois le tour et qu'on fixe par un double nœud, puis la section de la matrice est faite à un centimètre du lien, et le pédicule est abandonné avec le tube dans la cavité abdominale. Toilette du péritoine : iodoforme : suture abdominale sans drainage. La tumeur pèse 3,550 grammes.

Aucune suite fâcheuse : guérison assez rapide : OZENNE.

XII. — Sänger cherche à isoler complètement le moignon de la cavité péritonéale : dans ce but, il décolle le péritoine pariétal de chaque côté de l'incision de la paroi abdominale et l'attire sur la face postérieure du moignon où il le fixe à l'aide de sutures; le moignon se trouve ainsi enfermé dans une cavité formée par le péritoine pariétal; cette cavité est pourvue d'un drain qui traverse la paroi abdominale à l'extrémité inférieure de la plaie. Cette modification, et l'emploi dans certains cas déterminés de la ligature élastique permanente, permet d'employer dans tous les cas la méthode intra-péritonéale; bien supérieure à la méthode extrapéritonéale au jugement de l'auteur. L'abandon de la ligature élastique ne présente aucun inconvénient à condition que le moignon soit absolument aseptique et elle constitue le meilleur moyen de se mettre à l'abri de l'hémorragie et du suintement séreux; mais elle n'est indiquée que lorsqu'il est impossible de rendre le moignon absolument exsangue, ou lorsque le péritoine est irrité et par conséquent lorsque ses propriétés résorbantes sont exaltées. Sur 9 cas d'amputations supravaginales pratiquées par l'auteur, une malade est morte d'hémorragie consécutive et dégénérescense graisseuse du cœur. Cinq fois une ligature élastique a été abandonnée sur le moignon dans l'abdomen et les cinq cas ont guéri; quatre fois l'expulsion de la ligature a eu lieu sans accident par le col utérin : un cas a été perdu de vue.

H. DE BRINON.

XIII. — Prochownick étudie en premier lieu l'influence de la castra-

tion sur les fibromes et il compare les résultats de cette opération avec ceux de la myomotomie.

D'une manière générale et au point de vue purement opératoire, la statistique est en faveur de la castration : en effet la mortalité donne pour la castration 5 à 6 0/0, pour la mymotomie 15 0/0. Dans sa pratique personnelle, l'auteur a fait, jusqu'à la fin de 1885, 18 myomotomies, et 12 castrations pour fibromes : des 18 myomotomies, 5 doivent être mises de côté au point de vue de la comparaison avec la castration parce qu'il s'agissait de fibromes énucléables ou pédiculés.

Restent 13 cas qui ont donné 6 morts. Le résultat opératoire et le résultat définitif ont été excellents dans les 12 cas de castration, et l'auteur regrette de n'avoir pas employé cette méthode plus souvent. Les 12 castrations comprennent 3 petites tumeurs : une sous-muqueuse, 2 pariétales ; 6 tumeurs de moyenne grosseur ne dépassant pas l'ombilic, 4 pariétales, 2 sous-séreuses ; 3 tumeurs volumineuses : 1 pariétale, 2 sous-séreuses. Les ovaires enlevés dans les 12 cas de castration ne présentaient aucune altération de forme ou de structure : les fibromes ne semblent avoir à ce point de vue aucune influence, et d'autre part, la présence des fibromes n'empêche pas les ovaires de subir les modifications ordinaires résultant de l'âge.

L'influence de la castration sur la menstruation a été ménopause complète immédiate, 6 cas : ménopause après quelques hémorragies, 2 cas ; ménopause avec phénomènes périodiques de congestions : 2 cas ; hémorrhagies irrégulières : 2 cas. Dans tous les cas, la diminution de la tumeur a eu lieu immédiatement après l'opération, et plus ou moins rapidement.

L'auteur étudie en second lieu la castration considérée comme traitement curatif des névroses : et il divise à ce point de vue les observations en 3 catégories : 17 ablations des ovaires, pour une altération certaine de ces organes ; 2 ablations des ovaires pour une altération cliniquement probable ; 3 ablations des ovaires sans préoccupation de leur structure, au point de vue d'obtenir une ménopause anticipée.

Dans cette 3e catégorie rentrent les castrations pour fibromes. Ici l'opération remplit parfaitement, comme on l'a vu, le but pousuivi : il en serait de même probablement pour les cas où l'excrétion du sang menstruel est impossible : mais l'expérience n'a pas été faite. La 3e catégorie comprend encore les cas de pelvipéritonite chronique avec déviation de la matrice, adhérences des ovaires, et toute la série des phénomènes nerveux qui en résultent. Dans ces cas, la castration n'a pas répondu aux espérances qu'on avait fondées sur elle. Dans le petit nombre de cas où l'auteur l'a employée eu vue de cette indication, les troubles nerveux sont revenus au bout d'un temps assez court avec les phénomènes de congestion périodique.

L'auteur a pratiqué 10 castrations pour névrose. 5 fois la guérison a été complète. 2 fois il y a eu amélioration ; 3 fois il y a eu récidive après un intervalle de 7 à 8 mois : mais dans un de ces cas la récidive des phénomènes nerveux est attribuée par l'auteur au développement d'une hernie abdominale avec hypertrophie éléphantiasique de l'utérus. Dans un des deux cas améliorés la menstruation est revenue régulière, mais sans douleur : dans l'autre, il s'agissait d'une ovarite type, les phéno-

mènes nerveux ont disparu, mais l'état général ne s'est pas complètement relevé, et il est resté une tendance aux hémorragies utérines irrégulières se reproduisant à chaque coït et résistant à tout traitement.

H. DE BRINON.

I. — **Bericht über 50 Laparotomien, par NICOLADONI** (*Wien. med. Presse, n° 10, p. 333, 1887*).

II. — **Ueber die Häufigkeit de malignen Ovarial-tumoren (La fréquence des tumeurs malignes des ovaires et leur traitement chirurgical), par LEOPOLD** (*Deutsche med. Woch., n° 4, p. 61, 1887*).

III. — **A series of abdominal sections (Une série de laparotomies), par Holliday CROOM** (*Edinb. med. journ., p. 673, février 1887*).

IV. — **Castration wegen Hysteria gravis, par DICK** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 3, p. 86, 1er février 1887*).

V. — **Ueber Castration bei Epilepsie, par J. SCHRAMM** (*Berlin. klin. Woch., n° 3. p. 38, 17 janvier 1887*).

VI. — **Ueber die Castration bei Neurosen, par SCHRIEDER** (*Archiv für Gynækologie, XXIX, Heft 2, p. 333*).

VII. — **Removal of the uterine appendages for disease with twenty three cases (Enlèvement des annexes de l'utérus; 23 cas), par Skène KEITH** (*Edinb. med. journ., p. 811-883, avril-mai 1887*).

VIII. — **Ein Fall von Pyosalpynx auf tuberkulöser... (Pyosalpynx d'origine tuberculeuse), par MUENSTER et P. ORTMANN** (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft 1, 1886*).

IX. — **Ein Fall von Salpingitis purulenta gonorrhoica (Ablation d'une trompe suppurée par suite d'infection blennorrhagique ; constatation des gonocoques dans le pus), par E.-G. ORTMANN** (*Berlin. klin. Woch., n° 14, p. 236, 4 avril 1887*).

X. — **Note on the pathology of chronic inflammation of the uterine appendages, etc. (Salpingite chronique), par Lawson TAIT** (*Brit. med. journ., p. 825, avril 1887*).

XI. — **On the unsatisfactory results of unilateral removal of the uterine appendages, par Lawson TAIT** (*Brit. med. j., p. 1211, juin 1887*).

I. — Nicoladoni a pratiqué à la Clinique d'Inspruck 50 laparotomies : obtenu 45 guérisons. Ces opérations se décomposent ainsi :

31 ovariotomies ; deux morts (une femme de 34 ans qui n'a pas voulu se laisser anesthésier et qui a succombé au bout de trois jours ; une femme de 55 ans qui a succombé cinq mois après l'opération par le fait d'un abcès sous-péritonéal) ;

17 extirpations de myomes utérins ; 2 morts ;

2 extirpations d'utérus cancéreux d'après la méthode de Freund ; 1 mort.

L. GALLIARD.

II. — Leopold a pratiqué 110 ovariotomies et 6 laparotomies exploratrices, soit en tout 116 opérations pour tumeurs de l'ovaire, et constaté 26 fois des tumeurs malignes ; ce qui donne une proportion de 22,4 0/0 ou 1 pour 1,5.

Sur les 20 ovariotomisées pour tumeurs malignes de l'un des ovaires ou des deux, 4 ont succombé rapidement aux suites de l'opération, 3 sont mortes dans le courant de la première année, 9 ont eu en moins d'une année des récidives. Il en reste 4, soit 20 0/0, qui, au jour de la publication, peuvent être considérées encore comme guéries, puisqu'elles évitent la récidive depuis une période de 1 an 1/2 à 3 ans 1/2.

Cette statistique donne des résultats comparables à ceux de Schrœder qui a trouvé 1 tumeur maligne sur 6 ovariotomies.

Il est donc nécessaire d'extirper les tumeurs de bonne heure, à une époque où elles sont encore d'un faible volume. L. GALLIARD.

III. — Croom donne le compte rendu sommaire de 22 cas de laparotomie. L'ouverture de l'abdomen a été faite dans 18 cas pour des affections de l'ovaire ou des trompes, pour des hémorragies utérines ; dans un cas pour une péritonite purulente ; dans deux cas, il s'agissait d'une incision exploratrice pour une tumeur fibro-cellulaire, et pour une tumeur maligne du grand épiploon. Dans ce dernier cas, le malade est mort trois semaines après. Tous les autres malades avaient guéri. Enfin l'hystérectomie a été faite sur une femme de 41 ans, qui a succombé. Il s'agissait d'un corps fibreux provoquant des hémorragies considérables.

Sur les 18 cas de laparotomie dirigée contre une affection des annexes de l'utérus, il s'agissait dans 10 cas de kystes de l'ovaire, les uns simples, les autres multiloculaires. Dans un cas il s'agissait d'une tumeur kystique de l'ovaire, dans l'autre d'un kyste parovarien.

Les cas d'affections de la trompe qui ont provoqué l'extraction des annexes de l'utérus comprenaient : deux cas de salpingite, dont l'un d'origine blennorrhagique ; deux cas d'hématosalpingite. Dans trois cas, les annexes ont été enlevés pour des métrorragies, dues dans deux cas à des corps fibreux. A. M.

IV. — Fille de 25 ans, réglée régulièrement mais éprouvant depuis 3 ans des douleurs ovariennes presque continues et divers accidents nerveux. Dick lui fit d'abord la discision du col, sans aucun succès. L'utérus était antéfléchi, volumineux ; l'ovaire gauche triplé de volume et dur ; l'ovaire droit non perceptible.

Sur la demande de la malade, Dick lui pratiqua la castration ; les deux ovaires présentaient de petits kystes. 7 semaines après l'opération, molimen menstruel durant 2 jours.

Pendant 6 mois, la femme jouit d'une parfaite santé, ne ressentant aucune douleur dans le ventre. Mais, au bout d'un temps, il se produisit toutes les quatre semaines, une hémorrhagie génitale douloureuse ; puis bientôt ces douleurs dysménorrhéiques reprirent, comme avant la castration, le caractère continu. En même temps tous les troubles nerveux disparurent.

La malade se soumit alors à une deuxième laparotomie, dans laquelle on enleva le moignon induré subsistant de la première opération ; mais l'insuccès en fut aussi flagrant. J. B.

V. — Schramm n'a pu trouver dans la littérature que 27 cas d'ablation des deux ovaires pour affections convulsives. 15 fois cette opération a été faite pour hystéro-épilepsie avec les résultats suivants : 11 guérisons, 1 insuccès, 2 succès incertains et 1 mort. 12 fois la castration ovarienne a été faite pour épilepsie ou convulsions épileptiformes avec 4 guérisons, 2 améliorations, 4 insuccès et 2 morts.

Le but de Schramm est de soulever la question, si la ménopause provo-

quée chirurgicalement n'est pas le seul remède de certaines épilepsies ne s'accompagnant d'aucune altération morbide des organes sexuels.

Il est entendu d'ailleurs qu'il s'agit uniquement de cette forme d'épilepsie réflexe dite aussi épilepsie menstruelle, parce qu'il existe une relation de cause à effet entre les fonctions d'ovulation et de menstruation et la névrose convulsive, alors même qu'on ne constate aucune maladie appréciable de l'appareil génital. Cette épilepsie débute à la puberté, au moment de l'apparition des règles, et les accès en reviennent périodiquement, à chaque période menstruelle, au moins pendant un certain temps; on les voit en outre cesser quand il y a des intervalles d'aménorrhée.

Schramm relate deux castrations qu'il a pratiquées dans ces conditions ; la seule différence entre elles, c'est que, chez la première malade, les ovaires étaient sains. J. B.

VI. — Schrieder croit que des névroses graves peuvent disparaître après la ménopause naturelle ou artificielle, sans qu'il y ait d'altérations pathologiques dans les ovaires. Pour son compte, il a pratiqué 12 castrations en vue de guérir ces névroses graves; trois cas remontent déjà à 8 ans et demi, 7 ans et 5 ans, et la guérison peut être considérée comme définitive : deux de ces trois malades se sont mariées. Les autres cas sont très récents. Ces faits montrent bien que la castration peut entraîner la guérison des névroses graves, alors même que les ovaires ne présentent aucune altération pathologique. H. DE BRINON.

VII. — Keith, en six mois de temps, a pratiqué 23 fois l'enlèvement des annexes de l'utérus, ovaire et trompe de Fallope, chez des femmes qui souffraient d'affections diverses attribuées à une lésion de ces organes. Il est donc grand partisan de cette opération, dont certains chirurgiens ont, dit-il, abusé. Les cas dans lesquels cette opération peut être entreprise sont les suivants : 1° petits kystes de l'ovaire renfermés dans l'épaisseur du ligament large; 2° salpingite, kystes hématiques, suppurés, séreux de la trompe; 3° adhérences amenant des tiraillements; 4° combinaisons de ces différents états et dilatation variqueuse des veines du ligament large : la simple névralgie ne suffit pas pour légitimer l'opération.

Dans dix-huit cas, la guérison des accidents qui avaient provoqué l'opération a été obtenue. Deux femmes n'ont éprouvé aucune amélioration. Des trois autres, l'une a eu une hématocèle non guérie encore six à huit mois après l'opération; rien ne prouve que plus tard la guérison ne sera pas complète; la seconde est améliorée; la troisième n'a éprouvé encore aucun bénéfice encore appréciable de l'opération.

M. Sheine Keith n'a perdu aucune de ses malades. A. M.

VIII. — Femme de 24 ans, mariée depuis trois ans, sans enfants. Antécédents héréditaires négatifs; aucun indice de tuberculose ni de gonorrhée chez le mari. En juillet 1885, cette femme remarque le développement de chaque côté de l'abdomen d'une tumeur sensible au toucher. On diagnostique une dégénérescence kystique des deux ovaires, et la laparotomie est pratiquée, le 6 novembre 1885, par Munster. La malade guérit bien.

Les tumeurs examinées par Ortmann constituaient deux kystes simples, du volume du poing.

Leur surface est presque entièrement recouverte de néomembranes filamenteuses et vasculaires, et la séreuse ne se montre que sur une étendue très étroite, parsemée de noyaux durs, un peu aplatis, d'un gris rouge avec

points jaunes opaques. L'ovaire droit présente un petit kyste, gros comme nn noyau de cerise, et un corps jaune; l'ovaire gauche n'a pas été enlevé. Le contenu des tumeurs est constitué par un pus épais sans odeur, jaune verdâtre. La paroi, d'une épaisseur de 1/2 à 1 centimètre, présente trois couches : une extérieure, formée de faisceaux musculaires lisses et de tissu connectif, l'antérieure formée par un tissu de granulations, et la moyenne, qui se distingue par la présence de glandes tubulaires; c'est dans cette couche surtout, et un peu dans la couche extérieure, que l'on trouve les tubercules miliaires isolés et les cellules géantes à noyaux multiples, groupés vers un pôle (Langhans), ou disséminées dans le corps de la cellule. Quant aux bacilles tuberculeux, l'auteur ne réussit à en trouver que dans les tubercules saillants de la séreuse. L'auteur croit qu'il s'agit, dans ces cas-là d'une tuberculose primitive localisée, et considère l'utérus comme vraisemblablement indemne, en raison de l'absence de sécrétions normales et de son volume normal. Il est à regretter seulement que la portion utérine des trompes n'ait pas été enlevée; cette portion pourrait devenir le point de départ d'une récidive.

H. DE BRINON.

IX. — La présence du bacille de Hock dans la salpingite tuberculeuse a été signalée dans 3 cas, dont 2 d'Hegar (*Genital Tuberculose des Weibes*. Stuttgart, 1886) et 1 de Münster et Ortmann (voir ci-dessus). Quant à la présence des gonocoques dans la salpingite suppurée d'origine blennorrhagique, en laissant de côté le fait de Noeggerath (*Americ. Journ. of Obstetrics,* octobre 1885), où il a été trouvé dans le pus deux espèces de micro-organismes très analogues mais non identiques aux gonocoques, seul Westermark (*Hyg. Janvier*, 1886) a pu déceler d'une façon indubitable l'existence de ces derniers dans le pus des trompes.

Ortmann en rapporte un second cas. Il s'agit d'une femme de 22 ans contagionnée par son mari. A. Martin lui enleva avec succès les trompes et les ovaires. Le pus ne contenait d'autres métrorganismes que les gonocoques. Mais Ortmann n'a pas réussi à en découvrir dans les tissus de l'organe même.

X. — Cette note de Lawson Tait est le résumé de 63 observations vérifiées toutes par l'opération. L'étiologie de la salpingite reconnaît cinq causes principales : *a*) des inflammations d'origine catarrhale; *b*) des inflammations survenues pendant la puberté, sous l'influence d'une fièvre éruptive (scarlatine); *c*) la blennorrhagie; *d*) la puerpéralité et les troubles inflammatoires du petit bassin après une fausse couche ou un accouchement; *e*) une sorte d'arrêt de développement de l'utérus qui reste à l'état infantile alors que l'ovaire et les trompes sont bien développés.

De ces causes, la blennorrhagie et les avortements sont les plus fréquents : la stérilité survient toujours dès que l'ovaire et la trompe ont commencé à s'enflammer, et ceci s'explique, anatomiquement, par l'adhérence morbide du pavillon de la trompe avec l'ovaire dans une position vicieuse.

Au début de l'affection, les trompes sont gonflées, congestionnées, friables : elles sont difficiles à enlever en totalité. Dans les cas invétérés, au contraire, elles sont rétractées et atrophiées, et on ne retrouve plus trace, pour ainsi dire, de follicules dans les ovaires sclérosés. A cette période, les trompes ne contiennent plus en général de liquide, mais une sorte de mastic caséeux : elles peuvent renfermer du pus d'un côté et de la sérosité de l'autre.

H. R.

XI. — Tait rapporte dans une note intéressante une statistique de 26 cas d'ablation incomplète des annexes de l'utérus se décomposant ainsi :

Abcès de l'ovaire, 1 cas. — Ovarite chronique adhésive, 2 cas. — Hématosalpynx, 4 cas. — Hydrosalpynx, 4 cas. — Pyosalpynx, 15 cas.

Dans tous les cas, l'auteur n'avait enlevé que les annexes d'un seul côté. Or, voici les résultats ultérieurs de cette pratique, à laquelle il a renoncé depuis.

Quatre femmes sont mortes de péritonite par suite de la récidive de la salpingite ou de l'ovaire du côté respecté. Huit sont devenues assez malades pour que l'indication et la nécessité d'une nouvelle opération se posât. Toutes les autres, sauf trois, ne sont jamais devenues enceintes.

Conclusion : Il faut toujours, quand on se décide à opérer, enlever simultanément les deux trompes et les deux ovaires. H. R.

I. — De l'hystérectomie vaginale en France, par GOMET (*Thèse de Paris*, 1886).

II. — Sechszig Totalexstirpationen des carcinomatösen Uterus, par Heinrich FRITSCH (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 3).

III. — Ueber extraperitoneale Uterus-exstirpation, par Fritz FRANK (*Archiv für Gynækologie, Band XXX, Heft* 1).

IV. — Bericht ueber sechs Uterus-exstirpation, par O. THELEN (*Centralblatt für Gynækologie, n°* 36, 1886).

V. — The treatment of cancer of the uterus, high amputation ; total extirpation, par W.-H. BARKER (*American journal of obstetrics, février* 1886).

VI. — Zur Statistik der vaginalen Totalexstirpation wegen Carcinom, par A. MARTIN (*Berlin. klin. Woch., n°* 5, *p.* 69, 31 *janvier* 1887).

VII. — Specimen of malignant adenoma of the uterus : supravaginal hysterectomy. Recovery, par WYLIE (*The American journal of obstetrics, p.* 69, 1886).

I. — Comme son titre l'indique, la thèse de Gomet est exclusivement composée de documents français. Dans un aperçu historique, l'auteur montre que c'est bien à Récamier que revient l'honneur d'avoir fait de l'hystérectomie vaginale une opération réglée, et il rapporte *in extenso* l'observation princeps de ce chirurgien, avec les réflexions dont il l'a accompagnée, et les deux cas que le succès de Récamier avait engagé Roux à opérer, mais qui furent tous deux mortels.

Longtemps abandonnée en France malgré l'enthousiasme avec lequel on y revenait à l'étranger, cette opération y fut reprise pour la première fois en 1882, par Péan, à Paris, et Demons, à Bordeaux. Depuis, l'exemple de ces chirurgiens a été suivi par Budin, Mandillon, Terrier, Gillette, Tillaux, Le Dentu, Richelot, etc., et l'hystérectomie tend à entrer dans la pratique courante.

La méthode opératoire adoptée par tous ces chirurgiens est, dans ses grandes lignes, celle de Récamier, mais de nombreux perfectionnements y ont été apportés, et Gomet décrit en détail le procédé de Péan et celui de Richelot. Ce dernier chirurgien a très notablement diminué la difficulté et la durée de l'opération en établissant en principe la mise à demeure de longues pinces sur des ligaments larges.

Gomet termine sa thèse par l'exposé détaillé du manuel opératoire, des indications et contre-indications de l'hystérectomie vaginale et de sa

valeur réelle. Il croit que le chiffre brut de la mortalité, 32 0/0, ne donne pas la mesure de ce qu'on en peut attendre, et que le diagnostic plus minutieux des cas opérables arrivera à rendre très satisfaisante la proportion des guérisons. Les faits publiés depuis l'impression de cette thèse justifient d'ailleurs largement ces prévisions. MAURICE HACHÉ.

II. — Fritsch préfère l'ablation totale par le vagin à l'amputation, même dans les cas de carcinome de la portion vaginale. Il n'admet l'amputation que dans les cas très rares où la carcinome se présente sous la forme d'un petit noyau parfaitement limité et facile à isoler.

La condition essentielle pour que l'ablation de l'utérus cancéreux réussisse, est que l'organe ait conservé sa mobilité : le volume de la tumeur a peu d'importance. Les cas les plus mauvais sont ceux dans lesquels la portion vaginale est intacte et où le carcinome, au lieu de prendre une forme végétante, revêt une forme ulcéreuse ; dans ces cas, lorsqu'on a isolé le col, il se détache comme un cercle et on tombe sur un vaste entonnoir cancéreux : il vaut mieux alors renoncer à l'opération ; non seulement la récidive est certaine, mais on ne doit pas même espérer voir diminuer les douleurs parce qu'on a enlevé l'utérus ; les faits sont là pour établir le contraire. L'auteur n'est pas partisan de faire l'opération en deux fois avec un intervalle quelconque. Il n'enlève pas les ovaires, bien que la chose soit utile lorsque la menstruation existe : il considère cette ablation comme trop difficile. Il n'a jamais vu résulter d'inconvénient du large orifice béant que présente le vagin après l'opération. Il ne lui est arrivé qu'une fois de perforer la vessie, dans l'ablation d'un utérus très volumineux. Dans le cas où pareil accident se produirait, il conseille de suturer immédiatement la plaie vésicale, la guérison de ces fistules devenant plus tard fort difficile. Une seule fois la ligature a porté sur un uretère ; cet uretère n'occupait pas sa place normale. Les récidives se présentent, soit sur place, soit dans le voisinage : les récidives sur place apparaissent peu de temps après l'opération, elles tiennent à ce que l'opération n'a pas été faite sur des tissus sains. Les récidives qui ont lieu un an et demi ou deux après l'opération ne portent jamais sur la cicatrice, elles occupent les ligaments et en particulier les ligaments de Douglas. Dans ces cas on remarque que la cicatrice n'est pas linéaire, mais en forme d'entonnoir : la cicatrice unie, transversale, est d'un bon pronostic. Dans la plupart des 60 cas opérés par l'auteur, les malades ont pu quitter la clinique 10 ou 15 jours après l'opération. 7 opérées sont mortes des suites de l'opération, soit 10,1 0/0. Sur ce nombre deux décès sont dus à la pyémie.

20 opérées n'ont pas présenté de récidive : savoir 2 après un espace de plus de 3 ans ; 7 après un espace de plus de 2 ans ; le reste après un espace de plus d'un an.

Les deux premiers cas peuvent être considérés comme sûrement guéris : les 7 autres ont beaucoup de chance d'échapper à la récidive. Il résulte, pour l'auteur de ce travail, qu'après l'ablation de l'utérus cancéreux les récidives sont plus rares qu'après l'ablation de tout autre carcinome. H. DE BRINON.

III. — Frank a pratiqué 16 hystérectomies extrapéritonéales. Toutes ses opérées ont guéri. Les indications se décomposent ainsi : prurit utérin, 1 cas ; cancer, 5 cas ; endométrite compliquée ou non de déviation,

5 cas; fibrome volumineux, 1 cas; rétroversion ou rétroflexion, 2 cas; névralgie après castration, 1 cas; prolapsus vaginal, 1 cas. L'auteur insiste surtout sur l'innocuité de la méthode extrapéritonéale : les difficultés que présente la technique opératoire sont largement compensées par les dangers de la méthode intrapéritonéale. Il faut ajouter que l'auteur ne considère les indications énumérées plus haut comme acceptables, que lorsque l'état de la malade est incompatible avec la vie ordinaire ; et lorsque tous les autres moyens ont échoué. Une des observations inscrite sous le n° 1 présente un intérêt au point de vue de la rareté. Il s'agit d'un cas de prurit utérin.

Le sujet était âgé de 50 ans, non marié, et souffrait depuis 19 ans. Pendant longtemps les douleurs se manifestaient surtout à l'occasion de l'expulsion des urines. Vers l'âge de 40 ans, la malade commença à éprouver une sorte de démangeaison, des sensations de brûlure, dont elle plaçait le siège dans la profondeur du bassin. La ménopause, survenue à 42 ans, ne modifia en rien cette douleur qui avait pris une intensité telle que la malade ne quittait plus la chambre. Lorsque l'auteur fut appelé à examiner la malade, il constata que les parties génitales externes étaient indolentes, mais toute pression sur le col et en particulier les tentatives d'introduction de la sonde utérine provoquaient des crises allant jusqu'à la syncope. L'opération a complètement fait disparaître les douleurs, et la santé est rétablie.

H. DE BRINON.

IV. — Relation de six opérations d'ablations de l'utérus par la voie vaginale, pratiquées par Thelen : les six opérées ont guéri. Deux n'avaient pas encore de récidive, l'une après deux ans et demi, l'autre après un an et demi; deux ont récidivé ; une cinquième est récente. Dans le 6e cas il y avait eu erreur de diagnostic : la tumeur intra-utérine, prise avant l'opération pour un carcinome, fut reconnue au microscope comme étant une végétation placentaire. H. DE BRINON.

V. — L'opération préconisée par l'auteur, et à laquelle il donne le nom de haute amputation, consiste à enlever par le vagin la totalité du col et la moitié au moins du corps de l'utérus. Voici les résultats qu'il a obtenus. Sur 10 cas, il n'a pas eu un seul cas de mort immédiatement après l'opération : une des opérées est morte à la fin du 4e mois après l'opération ; une autre a eu récidive au bout de 2 ans. Six n'ont pas encore de récidive ; et les opérations datent de 4 ans, 4 ans et 8 mois, 5 ans et 3 mois, 6 ans et 2 mois, et 8 ans. L'auteur n'a pratiqué qu'une seule fois la colpo-hystérectomie et a eu une récidive au bout de 5 mois.

H. DE BRINON.

VI. — Depuis le milieu de juin 1880 jusqu'au milieu de janvier 1887, il a été pratiqué à la clinique d'A. Martin 134 ablations d'utérus par la voie vaginale. 94 de ces opérations ont été faites pour cancer. Pour les apprécier dans leurs résultats définitifs, Martin les divise en 2 catégories, suivant que l'opération a enlevé ou non tous les tissus cancéreux.

Les 66 hystérectomies radicales, en ce sens que toutes les parties dégénérées ont été extirpées, ont fourni une mortalité opératoire de 18 0/0. Les causes de mort ont été 5 fois une péritonite septique (dont 3 sur les 13 hystérectomies pratiquées en 1886); 4 fois le collapsus; une fois une embolie pulmonaire, 17 jours après l'opération, et une fois la cachexie générale avec une bronchite chronique.

Défalcation faite des décès à la suite de l'opération et des opérations

encore récentes (1886 et 1887), il reste 44 hystérectomies vaginales qui, au point de vue des résultats définitifs, donnent les chiffres suivants : 31 guérisons (70,3 0/0) et 13 récidives (29,7 0/0). Deux des femmes guéries ont succombé à la phtisie pulmonaire, l'une 1 an et 8 mois, l'autre 3 ans et demi après l'opération.

Ces 44 hystérectomies se décomposent ainsi suivant le siège du cancer :

3 cancroïdes de la portion vaginale, dont 2 guérisons et 1 récidive.

28 cancers du col, dont 17 guérisons et 11 récidives.

13 cancers du corps, dont 12 guérisons et 1 récidive. Tous les cancers du corps étaient des adénomes ; la seule récidive n'a pas eu lieu dans la cicatrice ; la femme a succombé au bout de 4 ans à un cancer de l'ovaire.

Quant aux 28 hystérectomies imparfaites, parce que tous les tissus envahis par le cancer n'ont pu être enlevés, 8 des femmes ont succombé aux suites de l'opération : 2 par septicémie, 5 par collapsus ou cachexie, 1 par hémorragie secondaire. Dans 4 de ces opérations, l'extirpation de corps et du col ne put être complète à cause de la friabilité de leur tissu. J. B.

VII. — Il s'agit d'une femme de 44 ans, mariée, ayant eu un enfant dix-neuf ans auparavant. Depuis 1876, cette femme a eu de l'irrégularité dans la menstruation, puis des hémorragies profuses.

A diverses reprises des masses gélatineuses ont été expulsées spontanément de l'utérus ; le raclage de la cavité utérine a été pratiqué plusieurs fois au mois de juillet 1885. L'auteur enlève à son tour des masses gélatineuses à l'aide de la curette, et les soumet à l'examen microscopique des Drs Heitzmann, Riggs et Billings : les deux premiers considèrent le tissu comme de nature bénigne ; le troisième en fait un épithélioma.

Après trois mois d'observation, voyant les hémorragies se répéter en dépit du traitement et le volume de l'utérus augmenter notablement, l'auteur se décide à opérer : l'utérus étant mobile et le col non affecté, il enlève par la voie abdominale la totalité du corps de l'utérus, les ovaires et les trompes : convalescence normale.

L'utérus est uniformément hypertrophié ; la face antérieure présente une saillie du volume d'un œuf. Les ovaires sont volumineux et kystiques. L'examen microscopique fait par le Dr Coe aboutit au résultat suivant : par sa structure histologique, le tissu de la tumeur ne peut être considéré que comme un adénome limité à la muqueuse et à la couche musculaire sous-muqueuse ; et cependant l'histoire clinique indique une affection maligne. C'est un de ces cas dans lesquels le chirurgien, par une observation patiente, arrive plus sûrement au diognostic que l'histologie avec son microscope ; si l'on voulait chercher la place de cette tumeur, on la trouverait entre l'endométrite fongueuse et l'épithélioma. H. DE BRINON.

Ueber das Gleichzeitige Vorkommen von Carcinom... (La coïncidence du carcinome et du kyste dermoïde sur le même ovaire), par G. KRUKENBERG (*Archiv für Gynækologie, Band XXX, Heft* 2, 1887).

Sept cas où la dégénérescence carcinomateuse se trouvait combinée avec un kyste dermoïde ont été publiés : les auteurs sont Heschl (1860), Pommier (1864), Kocher (1877), E. V. Wahl (1883), Cohn et Himmelfarb, tout récemment ; un 8e cas a été recueilli par l'auteur dans le service de Veit à Bonn. La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, était constituée par deux kystes dermoïdes d'inégal volume. La dégé-

nérescence carcinomateuse occupait les îlots entamés du plus volumineux de ces kystes. C'était un carcinome épithélial à grains perlés : les poussées cancéreuses avaient pénétré jusqu'à la face externe du kyste et avaient produit des métastases dans la cavité péritonéale, en particulier dans l'espace de Douglas et l'épiploon. H. DE BRINON.

Ganglion sus-claviculaire gauche cancéreux dans un cas de cancer du col de l'utérus, par F. RAYMOND (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 *novembre* 1886).

Une femme de 51 ans entre le 14 octobre 1886, présentant les signes de cancer de l'utérus, cachexie, pertes, douleur le long du sciatique, etc. ; on note chez elle un petit ganglion très dur, de la grosseur d'une noisette, à 2 centimètres au-dessus de la clavicule. Le 22 octobre le ganglion est augmenté de volume. A l'autopsie, le 8 novembre, on trouve, en sus du cancer du col utérin, un paquet de ganglions cancéreux devant la masse sacro-lombaire, les ganglions mésentériques également altérés, ainsi que quelques ganglions bronchiques et médiastinaux, et enfin le ganglion sus-claviculaire. H. L.

OBSTÉTRIQUE.

Complication einiger acuten Krankheiten mit Schwangerschaft (Quelques cas de maladies aiguës venant compliquer la grossesse, par L. BRIEGER (*Charité-Annalen*, *p.* 143, 1886).

L'auteur étudie 26 cas de grossesses dans le cours desquelles survinrent des maladies aiguës (fièvre typhoïde, pleurésie, pneumonie, rhumatisme articulaire aigu, dysenterie, purpura hémorragique).

Il a 9 cas de *fièvre typhoïde* compliquant la grossesse. Il n'y a donc pas incompatibilité entre les deux états, comme on l'avait pensé. Aucune des malades n'est morte, la grossesse n'aggrave donc pas le pronostic de la fièvre typhoïde. Il y eut 4 avortements ou accouchements prématurés. Dans tous les cas, l'enfant vint au monde vivant, mais mourut peu d'heures après. D'après la comparaison avec d'autres statistiques, Brieger constate que l'avortement a lieu dans plus de la moitié des cas (54/100). L'avortement n'aggrave pas la situation de la mère. Il se produit en général dans les dernières semaines de la fièvre. Les bains froids ne paraissent pas augmenter le nombre des avortements.

3 cas de *pleurésie* terminés favorablement pour la mère et le fœtus ; 6 cas de *pneumonie :* un seul avortement, le frisson avait été très violent et la température avait sauté brusquement de 37 à 40°, l'enfant était mort. Dans les autres cas, la fièvre et la dyspnée avaient été très fortes. D'après les statistiques de Gusserow, Heschl, etc., l'auteur établit que l'avortement dans la pneumonie est un accident rare. 2 cas de *rhumatisme articulaire aigu :* dans l'un, endocardite simple, Brieger signale l'influence funeste de la grossesse et du rhumatisme sur l'endocarde. Guérisons sans avortement. 3 cas de dysenterie : guérison sans avortement. Enfin l'auteur rapporte avec détails l'observation d'une femme grosse qui présenta du

purpura hémorragique grave, un véritable scorbut, elle était au 9e mois, resta 20 jours à l'hôpital avec des taches purpuriques, des hémorragies des gencives, de l'hématurie. Elle mourut un quart d'heure après l'accouchement, d'une hémorragie utérine incoercible. L'enfant présenta en naissant une éruption de taches purpuriques innombrables qui commencèrent à disparaître au 8e jour ; l'enfant vécut.

En résumant ces faits, Brieger ne croit pas que l'hyperthermie soit la cause de l'avortement. Il suppose que la mort ou l'expulsion du fœtus se produisent dans les maladies infectieuses dont le microbe peut passer de la mère au fœtus. Il aurait en effet trouvé des bacilles typhiques dans la rate et le foie des fœtus expulsés avant terme, en cas de dothiénentérie de la mère. Il aurait même pu faire des cultures sur plaques et sur pomme de terre, qui, à l'œil nu et au microscope, auraient présenté les caractères reconnus par Gaffky au bacille d'Eberth-Koch. P. GALLOIS.

De l'analgésie hypnotique dans le travail de l'accouchement, par DUMONTPALLIER (*Soc. biol.*, 26 *février* 1887).

Chez une primipare, l'état somnambulique a pu déterminer pendant la première période de l'accouchement une analgésie complète ; pendant la seconde période, l'analgésie complète n'a été qu'intermittente, c'est-à-dire qu'elle cessait d'exister lorsque survenaient de très violentes contractions utérines. Dans la troisième période, lors des fortes pressions de la tête sur le périnée et de l'engagement de l'occiput sous l'arcade pubienne, l'hypnotisation a été impossible chez cette femme.

Pour que le résultat soit complètement satisfaisant, il faudra donc avoir la certitude de pouvoir provoquer l'état léthargique à un moment donné. L'état somnambulique est insuffisant. Cependant il pourra encore être d'une grande utilité, car il suffira souvent pour déterminer l'analgésie utérine et péri-utérine dans la première période de l'accouchement, et permettre ainsi à la dilatation du col utérin de suivre une progression régulière. C. WALTHER.

Multiple fibromyata complicating twin pregnancy (Fibromes multiples compliquant une grossesse gémellaire), par John PHILIPPS (*Transactions of the obstetrical Society of London, vol. XXVIII, p.* 138, 1886).

Primipare ; 33 ans : l'auteur la voit pour la première fois au commencement du 8e mois et porte le diagnostic de grossesse trigémellaire compliquée de fibromes de la paroi antérieure de la matrice. Accouchement prématuré artificiel quelques jours après : expulsion de deux jumeaux mort-nés. Mort une heure après l'opération. On avait constaté pendant la vie des contractions très nettes au niveau des tumeurs fibreuses. Il n'y eut aucune hémorragie ; ce qui doit être attribué à l'insertion du placenta sur une partie saine de la paroi utérine.

L'opération de Porro eût été impossible, par suite de la situation d'une des tumeurs, constatée à l'autopsie ; l'accouchement prématuré et l'opération césarienne étaient les deux seules voies ouvertes. Sur sept cas de ce genre, connus de l'auteur, il y a eu 5 décès.

H. DE BRINON.

Zur Therapie des platten Beckens (Bassin plat), par G. WINTER (*Zeitschrift für Gebustshülfe, Band XIII, Heft* 2).

Ce travail a été fait d'après la statistique du service de Schrœder. Sur environ 10,000 accouchements qui ont eu lieu dans un intervalle de 9 ans, 632 se présentaient chez des femmes avec bassin plat.

L'auteur se propose de montrer, d'après les résultats obtenus, quelle est celle des deux méthodes, intervention ou expectation, à laquelle il faut donner la préférence. Il a soin de limiter la question aux présentations de la tête.

La question change complètement suivant que l'on a affaire à une primipare ou à une multipare. Tandis que chez la primipare (avec un rétrécissement compris entre 7,5 et 10) on a de grandes chances pour avoir un accouchement spontané ou du moins pour que la tête franchisse d'elle-même le détroit supérieur, ces chances diminuent considérablement à partir du second accouchement; et elles vont en diminuant avec le nombre et la gravité des accouchements précédents. Cette infériorité de la multipare tient aux causes suivantes : 1° volume plus grand de la tête de l'enfant et mobilité moindre des os du crâne; 2° disposition à l'inertie utérine primitive; 3° passage toujours plus rapide de l'enfant de la zone contractile de l'utérus dans le segment inférieur inerte; 4° affaiblissement de l'action des muscles abdominaux.

Les 632 bassins rétrécis comprenaient 145 primipares. L'accouchement spontané a donné chez elles, sur 53 cas, 3 enfants morts; le forceps au détroit supérieur, sur 14 enfants, 2 morts; au détroit inférieur, 28 enfants, 5 morts.

La version a donné, sur 25 enfants, 11 morts.

Le forceps donne donc des résultats bien meilleurs que la version chez la primipare à bassin rétréci. Chez elle, l'expectation doit être la règle; si l'état de la mère ou de l'enfant exige l'intervention, c'est au forceps qu'il faut avoir recours ; la version sera réservée aux cas de procidence du cordon, de procidence irréductible des extrémités, de présentation vicieuse permanente de la tête, d'arrêt absolu du travail ou d'indication du côté de la mère avec tête mobile au-dessus du bassin. Chez la multipare, au contraire, les résultats de la version sont excellents, mais il ne faut pas trop attendre. Sur les 142 versions pratiquées chez des multipares, la mortalité des enfants a été de 42 0/0 dans les cas où l'indication était l'état de la mère; de 36 0/0, dans les cas de danger de l'enfant ou de présentation vicieuse du sommet, et de 11 0/0 dans les cas de procidence du cordon avec pouls normal ou de défaut d'engagement de la tête. Les résultats de la version sont encore plus favorables si l'on ne considère que les rétrécissements moyens de 9 à 10 centimètres ; sur 29 cas de ce genre il n'y a eu qu'un enfant. H. DE BRINON.

Die Gefässverbindungen der Placentakreislaufe einiger Zwillinge... (Les anastomoses des vaisseaux placentaires appartenant à des jumeaux de même œuf), par Friedrich SCHATZ (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 3, *et Band XXX, Heft* 2).

L'auteur étudie dans cet article les conséquences qui résultent des anastomoses réunissant les circulations placentaires des deux ju-

meaux dans les grossesses doubles à un seul œuf. Dans un travail publié en 1860 (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*), Spaeth soutient que les jumeaux, qu'ils appartiennent ou non à un même œuf, jouissent l'un à l'égard de l'autre d'une grande indépendance. L'auteur s'inscrit en faux contre cette assertion, et il s'appuie : 1° sur l'inversion latérale totale ou partielle des viscères que l'on observe fréquemment sur l'un des jumeaux, dans les cas de monstres doubles (thoracopages, épignathes); 2° sur les différences que présente le développement intra-utérin des jumeaux suivant qu'ils appartiennent ou non au même œuf. Il résulte des tableaux comparatifs que l'auteur a puisés dans les cliniques de Rostock et et de Marbourg que lorsque deux jumeaux appartiennent à des œufs différents, que leurs placentas soient unis ou séparés, les différences de poids et de longueur vont en augmentant avec l'âge. Au contraire, lorsqu'ils appartiennent au même œuf, les différences présentent leur maximum au milieu de la grossesse, et diminuent ensuite avec l'âge; 3° la mort de l'un des jumeaux est 3 fois plus fréquente lorsqu'ils dépendent du même œuf que lorsqu'ils appartiennent à des œufs différents. Ce fait, déjà constaté par Spaeth et confirmé par la statistique beaucoup plus étendue de l'auteur, montre que les jumeaux exercent l'un à l'égard de l'autre une influence bien plus considérable dans le premier cas que dans le second.

La différence de développement entre les deux jumeaux d'un même œuf est proportionnelle au degré d'asymétrie que présente la 3e circulation. Il existe un second élément qui exerce une influence considérable sur le développement des jumeaux de même œuf, c'est l'importance du courant sanguin de la 3e circulation, alors même que l'asymétrie est peu prononcée. Si le courant sanguin de la 3e circulation est très fort, il se produit des troubles graves dans les fonctions des jumeaux, et ceux-ci, bien que venant à terme, ne vivent que très peu de temps. Celui des deux jumeaux qui est favorisé de l'asymétrie de la 3e circulation présente dans le système veineux une pression sanguine plus forte que l'autre jumeau; on observe chez lui de l'œdème général, des hydropisies dans les cavités splanchniques, de l'œdème du cordon et du placenta, de l'hypertrophie et plus tard de l'atrophie du foie. En outre, l'hypertrophie du cœur est plus accentuée chez ce jumeau que ne le comporterait le développement général. (Voy. *R. S. M.*, XXIX, 585.)

H. DE BRINON.

Ueber præcipitirte Geburten und Nabelschnurzerreissung (Des accouchements précipités et de la déchirure du cordon), par Gustav KOCH (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 2).

De 1877 à juillet 1886 il y a eu à la clinique de Stuttgard 37 accouchements précipités sur 3,775 accouchements, soit 0,9 0/0. L'auteur considère avec Winkel comme accouchement précipité tout accouchement dans lequel la femme est surprise par les douleurs et où l'expulsion de l'enfant a lieu au dehors du lit. Cet accident est beaucoup plus fréquent chez les primipares : 11 primipares pour 26 multipares, soit 29,7 0/0 au lieu de 70,2 0/0 ; tandis que la proportion des primipares et multipares est, dans le même établissement, de 47,7 0/0 et 53,40. Le poids de l'enfant est en général peu élevé : 73 0/0 de ces enfants pesaient

moins de 3 kilogrammes. La durée de l'accouchement a été notée dans 35 cas ; elle est en général très courte : on la voit tomber à 6 heures chez les primipares, 3 heures chez les multipares ; chez deux secondipares elle a été de 20 et de 45 minutes avec des enfants de 2,830 et 3,300 grammes. La rupture de la poche des eaux a lieu en général peu de temps avant l'expulsion de l'enfant. Sur 22 cas où elle a été notée 7 fois elle a eu lieu immédiatement ou moins de dix minutes avant : 13 fois moins de deux heures avant, 4 fois moins de 6 heures. H. DE BRINON.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch den constanten Stroms (Provocation de l'accouchement prématuré artificiel par les courants continus), par S. BRÜHL (*Archiv für Gynækologie, Band XXX, Heft* 2).

L'application de l'électricité à la provocation de l'accouchement prématuré artificiel a été expérimentée 7 fois à la clinique de Berne. Le courant était fourni par une batterie de Voltolini de 24 éléments : les électrodes étaient placés l'une sur la paroi abdominale, au niveau du fond de l'utérus ; l'autre au fond du vagin, de préférence dans le cul-de-sac antérieur, ou dans la cavité du col. La durée des séances variait de 5 à 15 minutes. Les points suivants ont été spécialement étudiés : 1° Innocuité par rapport à la mère et à l'enfant. La galvanisation est assez douloureuse pour la mère : 3 fois il y a eu des phénomènes de polarisation au point d'application des électrodes : dans un cas, une escarre de la peau abdominale ; dans deux autres cas, inflammation du vagin avec sécrétion purulente et œdème des parties externes. Les suites de couches n'ont dans aucun cas paru influencées. Parmi les enfants, deux seulement sont arrivés vivants. Les cinq morts ont été causées 2 fois par une cause indépendante de l'électricité : mais dans les 3 autres cas où il y a eu chute du cordon, l'auteur est porté à admettre que cette chute a été provoquée par les mouvements violents qu'exécute l'enfant pendant le passage du courant. 2° Au point de vue de la production du travail au moment désiré : ces résultats n'ont pas été satisfaisants, 3 fois le courant n'a produit aucun effet : et dans les 4 cas où le courant a provoqué des contractions, un certain degré de dilatation du col et du ramollissement de cette portion, il a fallu recourir à d'autres moyens pour terminer l'accouchement. Dans les cas mêmes où les contractions ont paru, il semble plutôt qu'elles aient été provoquées par l'excitation mécanique que par l'excitation électrique ; car ce n'est que dans le plus petit nombre des cas qu'elles coïncidaient avec le passage du courant : le plus souvent elles commençaient avant l'ouverture du courant. Un point digne de remarque est l'insensibilité de l'utérus aux excitations de l'éponge et des bougies après l'application prolongée de l'électricité. Il a fallu 5, 6, 9 et jusqu'à 28 jours d'emploi de ces moyens pour terminer l'accouchement.

En somme, lorsque le courant n'a aucun effet sensible dans les premières séances, il vaut mieux ne pas persister dans son emploi. L'indication du courant est limitée : elle doit être restreinte aux cas où l'étroitesse du col ne permet pas l'introduction des bougies ou des agents de dilatation : et dès que l'on a obtenu avec le courant une dilatation suffisante pour appliquer les autres moyens, il faut mettre la pile de côté. H. DE BRINON.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt mittels des Inducktionsstromes (Le courant induit comme moyen de provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par L. LITSCHKUS (*Centralblatt für Gynækologie*, n° 51, 1886).

L'électricité seule, sans aucun moyen adjuvant, peut-elle conduire le travail jusqu'à la dilatation complète ? peut-on éviter l'introduction des électrodes dans les organes génitaux et, par suite, le danger d'infection par les manœuvres préparatoires? Dans les deux cas que publie l'auteur, ces conditions ont été exécutées ; le courant était produit par l'appareil de Du Bois Reymond, mis en action par une pile de Grenet. Les électrodes étaient appliquées sur la paroi abdominale, de chaque côté de l'utérus ; dans quelques séances, on a varié l'application des électrodes en les portant une sur les fonds, une autre au-dessus du pubis; ou bien une sur la région sacrée et une autre sur l'utérus. Les séances étaient en général de quinze à vingt minutes ; l'auteur commençait par un courant faible, dont il augmentait brusquement la force.

Dans le premier cas, les premières contractions ne se montrèrent qu'à la huitième séance. Après quinze séances, le col est complètement effacé ; la version est pratiquée parce qu'on craint un décollement prématuré du placenta. Enfant vivant, pesant 1,410 grammes et mesurant 42 centimètres. Dans le second cas, il s'agissait d'une pluripare de 34 ans, également rachitique. Diamètre conjugué vrai estimé 7 centimètres. Provocation de l'accouchement vers le milieu du neuvième mois. Première séance le 13 septembre ; le 17, après six séances, le col permet l'introduction de deux doigts; version par la manœuvre de Brakton Hicks. L'enfant, en état d'asphyxie, ne peut être rappelé à la vie. Dans les deux cas, suites normales (Voy. *R. S. M.*, XXVI, 175).

H. DE BRINON.

Geburt bei doppelten Geschlechtstheilen (Accouchement dans un cas d'organes génitaux doubles), par G. V. ENGEL (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 1).

Cas unique et très intéressant, au double point de vue anatomique et physiologique. Il s'agit d'une femme de 30 ans, primipare, qui se présentait, le 6 avril 1885, à la clinique de Klausenbourg. Cette femme présente un cloisonnement complet, non seulement du canal génital, mais de la vessie et des urètres. Il y a deux utérus; le droit renferme le produit de la conception, le gauche en rétroversion et présentant le volume d'un utérus au deuxième mois; deux portions vaginales, deux vagins, deux vulves accolées ; l'hymen gauche intact, le droit déchiré. Les deux vulves sont séparées par une tumeur du volume d'un œuf de poule, dont le point d'implantation est au niveau de la symphyse; cette tumeur est recouverte d'une peau normale, dépourvue de poils. Par le toucher rectal on reconnaît la présence de deux ovaires. L'injection d'un liquide coloré dans l'une des vessies montre l'indépendance des deux vessies. Accouchement normal par le siège. La menstruation n'avait commencé, au dire de la femme, qu'à 25 ou 26 ans; elle paraît régulièrement toutes les quatre semaines; commence par le côté droit, où elle dure deux ou trois jours ; puis se montre du côté gauche, où elle dure un jour et demi. La miction aussi commence toujours par le côté droit ; la vessie gauche ne commence à se vider que lorsque la vessie droite est elle-même vidée. La capacité de la vessie droite est dans le rapport de 4 à 3 avec celui de la vessie gauche. Outre ces anomalies, la malade présente une absence de réunion entre les deux os du pubis ; il n'y a pas d'articulation ; l'intervalle entre les os est séparé par des parties molles ; cet

intervalle, pendant les efforts de l'accouchement, ne se modifiait pas dans ses dimensions, il n'exerce aucune influence sur la marche, qui est régulière.

H. DE BRINON.

The etiology and pathology of hydramnios, with relations to certain fœtal deformities (Étiologie et pathologie de l'hydramnios; ses relations avec certaines difformités fœtales), par John PHILLIPS (*Edinb. med. journ.*, *p.* 811 *et* 899, *mars et avril* 1887).

1. Dans tout cas d'hydramnios, on peut supposer plusieurs causes pathogéniques. La plupart d'entre elles paraissent agir en modifiant la pression dans la veine ombilicale et ses branches, ou, à un moindre degré, de l'artère correspondante.

2. Pendant la première partie de la grossesse, la pression négative admise par Ahlfeld est un facteur important dans la production du liquide; plus tard, les lympathiques intercellulaires décrits par Winkler et les vasa propria de Jungbluth jouent un rôle considérable.

3. Il faut admettre que le rein présente une certaine action dans la seconde moitié de la grossesse, sinon plus tôt; pendant ce temps, le liquide de l'amnios est augmenté par l'adjonction périodique d'une urine fraîchement sécrétée, ou d'un liquide analogue, dans l'économie fœtale.

4. La syphilis a une action marquée, plutôt parce qu'elle influence les organes du fœtus que par son action sur le placenta.

5. Les irrégularités fœtales sont plus fréquentes qu'on ne suppose : ainsi la torsion exagérée du cordon, les thromboses de la veine ombilicale, les lésions du cœur et d'autres qui peuvent facilement passer inaperçues.

A. MATHIEU.

Zur Frage über die Zeitung der Nachgeburtsperiode (Délivrance), par Andreas FISCHER (*Centralblatt für Gynækologie*, *n*° 49, 1886).

Sur 682 accouchements qui ont eu lieu dans les deux dernières années à la clinique de Slavjanski à Saint-Pétersbourg, 189 fois la délivrance a été traitée par l'expectation, méthode dite d'Ahlfeld, 493 fois par la méthode de Credé. Les résultats ont été :

	Méthode Credé	Méthode d'Ahlfeld
Nécessité d'enlever le placenta avec la main	1,6 0/0	3,2 0/0
Rétention des membranes	5,6 0/0	7,3 0/0
Hémorragies tardives	5 0/0	13 0/0
Etat fébrile	38,3 0/0	46 0/0
Morbidité puerpérale	5 0/0	9 0/0
Mortalité puerpérale	0 0/0	0,5 0/0

La perte du sang, en moyenne, a été de 208 grammes par la méthode de Credé, de 313 par l'autre.

L'involution représentée par un tableau graphique montre une marche un peu plus rapide par la méthode de Credé que par l'expectation.

H. DE BRINON.

Zur Kasuistik des Fœtus amorphus seu anideus (Contribution à l'étude du fœtus amorphe ou anidien), par Franz L. NEUGEBAUER (*Centralblatt für Gynækologie*, *n*° 44, 1886).

Les monstres anidiens sont extrêmement rares. Ahlfeld, en 1880, en

comptait 9 observations publiées. Le cas publié par Cornil (*Société de Biologie*, 1886) n'est pas compris dans le nombre.

Celui que l'auteur a pu étudier provenait d'une grossesse gémellaire. La mère, âgée de 30 ans, domestique à Dankow (Pologne), était à sa troisième grossesse. Le 16 février 1885, elle donnait naissance à un garçon vivant, bien conformé, de 48 centimètres de long, et c'est au milieu des membranes expulsées spontanément avec le placenta que la sage-femme trouva le fœtus, qui fut envoyé à l'auteur ; il se présentait sous l'aspect d'une tumeur ovoïde piriforme, du volume d'un poing d'adulte, renfermée dans un sac amniotique propre ; il adhérait au placenta par un cordon sans gélatine, de 2 centimètres en longueur et en largeur ; ce cordon renferme une artère de 2 millimètres de diamètre, qui aboutit à un rudiment de cœur à une seule loge et une veine qui se perd dans le corps du monstre. L'enveloppe de la tumeur est constituée par une peau normale, enduite de vernis caséeux et pourvue, vers l'extrémité qui regarde le placenta, de poils dont les plus longs dépassent 2 centimètres. Près de l'insertion placentaire, on remarque une petite saillie en forme de pénis, portant à la base une couronne de cheveux ; l'auteur voit dans cette production la représentation de la tête à l'autre extrémité de l'ovoïde. On voit dans une petite dépression une saillie en forme de mamelon, peut-être un rudiment d'une extrémité inférieure. La section de la tumeur montre une masse osseuse assez considérable, en forme d'éventail, rappelant l'os iliaque, et un canal osseux rempli de substance nerveuse. H. DE BRINON.

Report of a case of hydatidiform pregnancy (1 cas de grossesse hydatidiforme), par E. J. DARING (*American journal of obstetrics, mai* 1886).

Femme de 21 ans, ayant eu un enfant à terme, pas d'avortement. Dernières règles, fin d'octobre 1885. Vers Noël, pertes sanguines qui durent plusieurs jours et que la malade considère comme des règles retardées. Un examen pratiqué à cette occasion montre l'utérus du volume de quatre mois et demi. Des hémorragies s'étant renouvelées, au point de produire des symptômes marqués d'anémie, l'auteur administre de l'ergot et tamponne le vagin : bientôt après la malade expulse par morceaux une mole hydatique du volume d'une orange; cette mole était composée de vésicules transparentes de la grosseur d'une groseille, insérées comme des grains de raisin. Quatre jours après la malade présente soudainement une violente crise de septicémie et se rétablit. Earle et Caldwell ont observé chacun un cas analogue. H. DE BRINON.

Heilung schwerer Puerperalerkrankung durch Amputation des septisch inficirten Uteruskörpers (Guérison d'une affection puerpérale grave par l'amputation du corps de l'utérus infecté), par P. SCHULTZE (*Deutsche med. Woch., n° 44, p.* 769, 1886).

L'auteur pose en principe que l'existence dans l'utérus d'une source d'infection qu'on ne peut anéantir par les voies ordinaires nécessite l'amputation du corps de l'organe.

Une femme de 21 ans, primipare, accouche à 7 mois. La sage-femme exerce des tractions sur le cordon et le casse. Quand l'accoucheur arrive, il trouve le col fermé ; l'expression utérine ne donne aucun résultat.

Le troisième soir (9 septembre), on note 39°,9, frissons, lochies fétides. Le 10, on introduit le doigt dans la corne droite de l'utérus, qui est bicorne ; la corne gauche est vide. Le 11, T. 36 le matin, 40 le soir. Le 12, T. 40 le soir, frissons, péritonite légère.

Le 13, laparotomie. Incision allant de l'ombilic à la symphyse. On fait

saillir l'utérus; ligature à l'aide du tube de caoutchouc. L'incision de l'organe montre un placenta fétide. La paroi utérine est gangrenée jusqu'à 2 millimètres du péritoine ; la moitié gauche de l'organe a une coloration suspecte. Il est donc nécessaire de pratiquer l'amputation totale, au lieu de l'opération partielle que l'auteur espérait pouvoir tenter. Ligature de tous les ligaments, ligature du moignon d'après la méthode d'Hegar, fixation à la paroi abdominale.

Le lendemain, 40°,2; de même le troisième jour; puis la température oscille entre 38 et 39°; à partir du 1er octobre, 37°,5. Gangrène superficielle du moignon et de la paroi abdominale, se limitant bientôt. Pas de péritonite. Guérison complète. L. GALLIARD.

Ein Uterus gravidus aus der fünften Woche der Lebenden entnommen (Un utérus gravide de cinq semaines enlevé sur le vivant), par S. GOTTSCHALK (*Archiv für Gynækologie, Band XXIX, Heft* 2, 1887).

Cette pièce provient d'une ablation totale, pratiquée par Landau, pour un carcinome. L'utérus mesure 8cm,9 de longueur maximum de l'orifice externe au bord supérieur, y compris l'épaisseur de la paroi, et 6cm,6 de largeur maximum (presque au niveau du fond). La couche musculaire est notablement hypertrophiée, et l'hypertrophie est plus accentuée au niveau de la partie inférieure de l'orifice interne et du col qu'au niveau de la partie supérieure; le maximum d'épaisseur est un peu au-dessus de la partie moyenne du corps (2cm,5); et le minimum est vers l'orifice des trompes (1cm,2). L'épaisseur de la couche musculaire est de 1cm,2 au niveau de l'orifice interne; de 1cm,5 au niveau de la lèvre postérieure du col. La cavité utérine est tapissée par la muqueuse transformée en caduque vraie, et d'une épaisseur de 0cm,4 à 0cm,5; la transformation s'arrête en dessous de l'orifice interne; la caduque vraie à ce niveau forme comme un bourrelet saillant irrégulièrement dentelé. L'hypertrophie de la muqueuse s'étend à la trompe gauche; mais la muqueuse du col ne présente aucune modification.

La réflexe, d'une épaisseur de 0cm,1, est séparée de la caduque vraie par une couche de mucus.

L'œuf mesure 4 centimètres de longueur maximum ; 2cm,4 de largeur maximum : il ne remplit pas complètement la cavité utérine et ne descend qu'à 1 centimètre au-dessus de l'orifice interne. Le chorion est à peu près de la même épaisseur que la réflexe, avec laquelle elle est unie indissolublement par ses villosités : celles-ci ne sont pas encore serrées les unes contre les autres et mesurent 0cm,25. Les villosités placentaires sont une fois plus longues que les autres. L'amnios a été détruit par un épanchement sanguin résultant d'une petite blessure à l'œuf pendant l'opération. L'embryon, un peu aplati, se trouve au milieu des caillots sanguins, il a été complètement décapité par le crochet qui a blessé l'œuf. Il mesure en tout 1cm,9; la tête étant comprise pour 0cm,7. Le dos et l'extrémité caudale sont fortement incurvés : les extrémités supérieures mesurent 0cm,2, les inférieures 0cm,3 de longueur.

Le cordon mesure 1cm,3. Au point de vue histologique, la réflexe présente déjà à cette époque de la grossesse une structure absolument différente de celle de la caduque vraie; dans aucune des préparations de la réflexe faite par l'auteur, il n'a été possible de découvrir trace de glandes.

Les couches qui constituent le chorion sont, en allant de la paroi utérine à la cavité de l'œuf : 1° une couche épithéliale, formée de cellules assez grosses avec de beaux noyaux et disposés sur deux rangs; 2° une couche de fibrilles fines se colorant très difficilement et qui forment comme la charpente de la villosité; au niveau des villosités, qui marchent toujours par paires, la couche fibrilleuse décrit deux courbes successives dont la convexité est tournée vers la caduque; 3° une couche élastique, qui passe sans s'infléchir

au niveau des villosités et laisse entre elle et la couche précédente, à la base des villosités, un espace libre sans membrane limitante, entièrement et exclusivement rempli de sang; cet espace a la forme d'un croissant dont les cornes pénètrent dans les deux villosités géminées; 4° une couche connective vasculaire; 5° une couche épithéliale. H. DE BRINON.

I. — Neue Beiträge zur Kaiserschnittsfrage, par SÄENGER (*Archiv für Gynækologie, Band VI, Heft* 2).

II. — Schwangerschaft im rechten Horne (Grossesse dans la corne droite d'un utérus bifide. Ablation de la corne gravide), par M. WIENER (*Archiv für Gynækologie, Band XXVI, Heft* 2).

III. — Zwei weitere conservirende Kaiserschnitte mit glücklichen Ausgange (Deux nouvelles opérations césariennes conservatrices avec issue favorable), par LEOPOLD (*Deutsche med. Woch., n°* 32, *p.* 545).

IV. — Amputazione utero-ovarica cesarea, par A. GRAZZONI (*Gazetta degl' Ospitali, n°* 6, 1886).

V. — Ostéomalacie, rupture de l'utérus, laparotomie, par Ant. FAVRE (*Revue médic. Suisse romande, VI, p.* 126).

VI. — A proposed modification of Porro's operation, par John BARTLETT (*American Journal of obstetrics, novembre* 1886).

VII. — The improved Cesarean section (L'opération césarienne améliorée), par Henry-J. GARRIGUES (*Ibidem, octobre* 1886).

I. — Pour Sänger, l'opération césarienne, avec les améliorations introduites dans sa technique, présente sur l'opération de Porro et sur la craniotomie l'avantage de pouvoir en même temps sauver l'enfant, la mère et les organes génitaux de la mère. L'auteur publie dans cet article l'observation de la dernière opération qu'il a pratiquée; et à ce propos revient sur la question de la suture utérine le temps le plus important de l'opération. On connaît le procédé de suture adopté par l'auteur (Voy. *R. S. M.*, XXIII, 588).

Schroeder a vivement blâmé ce procédé, disant qu'il est irrationnel de substituer aux surfaces musculaires avivées deux surfaces séreuses, revêtues d'épithélium cubique s'opposant à leur adhérence.

L'auteur répond que ces surfaces ne recouvrent qu'une très faible partie de la plaie; que l'épithélium cubique n'est pas un obstacle à l'adhérence des surfaces péritonéales, ainsi que le prouvent l'observation et l'expérience; enfin qu'il est nécessaire d'accoler les lèvres de la séreuse face à face et non bord à bord, si l'on veut que la plaie utérine soit entièrement recouverte (Voy. *R. S. M.*, XXI, 220, 225; XXV, 250; XXVI, 184, 614, 720). H. DE BRINON.

II. — Femme de 29 ans, ayant eu, sept ans auparavant, un accouchement normal. L'examen fait à la clinique laisse le diagnostic complètement incertain, hésitant entre une tumeur maligne de l'ovaire et un fibrome utérin pédiculé : l'hypothèse d'une grossesse (normale ou extra-utérine) est rejetée malgré les anamnestiques, parce que l'utérus est vide et qu'on ne sent pas de partie fœtale. Opération le 9 décembre 1884. On trouve dans la corne droite d'un utérus bicorne un fœtus à terme en état de macération commençante. On enlève cette corne par une incision circulaire. Pas d'hémorragie. Le moignon est abandonné dans l'abdomen, muni d'une ligature élastique; convalescence difficile; guérison. Les examens pratiqués après la guérison

montrent que l'utérus est divisé par une cloison verticale descendant jusqu'au voisinage de l'orifice externe : cette cloison ne se voit pas au spéculum, mais elle est nettement perçue par la sonde : elle divise la cavité utérine en deux cavités, la gauche beaucoup plus profonde. Le bassin est plat avec un léger retrécissement. La corne enlevée forme un sac du volume d'une tête d'adulte. Presque toute la surface interne, à l'exception de la paroi inférieure et d'une petite surface à droite, est recouverte par un énorme placenta : le reste de la surface interne est tapissé par des membranes brun noirâtre, ramollies et transformées en une sorte de bouillie mucilagineuse.

Du cordon, on ne trouve qu'un débris de 1 centimètre et demi, adhérent à l'enfant.

L'ablation de cornes gravides pratiquée 6 fois a donné 5 succès. L'opérée de Werth, qui seule a succombé, était déjà infectée au moment de l'opération.

Si l'on a le choix pour opérer, il faut attendre quelque temps après la mort du fœtus : la richesse vasculaire diminue considérablement à ce moment, et le danger d'hémorragie devient beaucoup moins grand ; mais il ne faut pas trop temporiser, le fœtus faisant courir à la mère de grands dangers par suite des phénomènes de décomposition qu'il peut subir. Il peut y avoir formation d'un lithopédion utérin (Voy. *R. S. M.*, XIX, 458; XXIII, 597; XXV, 651). H. DE BRINON.

III. — Leopold a pratiqué de nouveau l'opération césarienne chez deux femmes rachitiques. L'une était âgée de 24 ans, avait eu trois enfants morts ; le rétrécissement était de 5cm 1/2. L'enfant à terme, vivant, pesait 2,500 grammes et mesurait 46 centimètres de longueur.

L'autre opérée était une primipare de 28 ans avec un diamètre sacro-pubien de 5cm, 3/4. L'enfant vivant pesait 3,200 ; longueur, 51cm, 1/2.

Dans les deux cas après l'ouverture du ventre il a attiré l'utérus en dehors et pratiqué immédiatement la suture de la paroi abdominale, puis il a placé une ligature élastique autour du col. L'opération avait lieu dès lors en dehors de l'abdomen. Incision de l'utérus ; extraction de l'enfant ; extraction des membranes et toilette de la cavité utérine au moyen d'éponges phéniquées. Ensuite ligature de l'utérus avec le catgut à l'acide chromique, que l'auteur préfère aux fils de soie et d'argent. Léger massage de l'utérus pour en exciter les contractions. On enlevait alors le tube élastique qui enserrait le col, tandis qu'un aide maintenait celui-ci avec la main. Toilette extérieure des organes qu'on replaçait dans la cavité ; enfin ligature définitive de la paroi abdominale.

Les deux opérées ont guéri sans fièvre. L. GALLIARD.

IV. — La malade était âgée de 40 ans à sa 6e grossesse ; bassin ostéomalacique, avec prédominance de déformation au niveau du détroit inférieur.

Diamètre conjugué vrai 7,5 ; biischiatique, 5,5. Au moment de l'opération, le travail était commencé depuis la veille, la dilatation complète, la poche des eaux intacte. L'auteur adopte la modification de Mueller : tube élastique serré sur le col et incision de l'utérus après extraction de l'organe entier hors de l'abdomen : la durée totale de l'opération a été de une heure. L'enfant est vivant, il pèse 2,750 grammes et mesure 45 centimètres. La convalescence est tout à fait normale avec température maximum 38°,3 : la malade se lève pour la première fois le 45e jour et quitte l'hôpital le 82e jour. L'opérée a été revue 1 an après en parfaite santé : la menstruation n'est pas revenue : il n'y a pas trace de la prétendue cachexie décrite par Dancourt comme la conséquence de l'ablation utérine.

V. — Femme de 33 ans ayant eu déjà 3 accouchements normaux. Depuis le dernier, ostéomalacie, scoliose très prononcée de la région dorsale et rétré-

cissement considérable du bassin. Opération césarienne par laparotomie. Immédiatement au-dessous du péritoine, on voit le dos du fœtus encore recouvert de membranes. Après l'incision de péritoine, il s'écoule environ 500cm cubes de sang en partie coagulé. Favre cherche vainement le siège de la rupture. Suture en surjet de la plaie abdominale; pas de drain; pansement phéniqué. Suites de l'opération des plus simples ; la température n'atteignit qu'une seule fois 38°,5, le 3e jour. Dès le 15e jour, la malade se levait.

VI. — La modification proposée par B... consiste dans l'emploi du cautère actuel pour l'incision utérine, et dans le mode d'ablation de l'utérus. Après avoir extrait l'enfant, une pince de Wells introduite par le vagin saisirait le fond de l'utérus, et à l'aide de tractions et de pression combinées on produirait une inversion artificielle; puis l'excision de l'utérus et de ses annexes serait pratiquée par le vagin après application d'une ligature métallique. Par ce moyen, le pédicule est placé en dehors de l'abdomen, et l'accolement des surfaces séreuses sous la ligature présente les chances les plus favorables pour une occlusion rapide de la plaie abdominale du côté de l'utérus. H. DE BRINON.

VII. — Garrigues avait été accusé par Sänger (*R. S. M.*, XXIII, p. 225) d'avoir donné la description d'un procédé de suture identique à celui proposé par lui, et sans indiquer son nom. Il a non seulement décrit le procédé, mais il l'a pratiqué le 6 octobre 1882, avec cette différence toutefois que la muqueuse était comprise dans les sutures, et que les fils de suture profonde étaient en soie au lieu d'être en argent. L'auteur reconnaît que ces deux points ont leur importance ; mais il cite deux auteurs américains, Lungren, de Tolède (Ohio), et Moses Baker, de Stockwell, qui ont pratiqué la suture séro-séreuse bien avant la publication du mémoire de Sänger : l'opération de Lungren est relatée dans l'*American journal medical sciences* d'avril 1878, et celle de Baker dans l'*American journal of obstetrics*, 1881. H. DE BRINON.

I. — Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine par la laparotomie et l'ouverture du kyste, par BRUCH, d'Alger, et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Bull. de la Soc. de Chir.*, *t. XII*, *p.* 887, 1886).

II. — Grossesse extra-utérine datant d'environ 8 mois. Laparotomie. Guérison, par BOUILLY (*Ibidem*, *p.* 924-929).

III. — Ueber einen durch Laparotomie... (Sur un cas de grossesse extra-utérine guérie par la laparotomie), par SCHUSTER (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 15, *t.* 463, 1887).

IV. — An unique case of extra-uterine pregnancy with critical examination of the cases of faradic feticide, par Howard-A. KELLY et R.-P. HARRIS (*American journal of obstetrics, août* 1886).

V. — The treatment of tubal fœtation by galvanopuncture, par PERCY BOULTON (*Brit. med. journ.*, *p.* 925, *avril* 1887).

VI. — A case of suspected tubal pregnancy, par B. FEICHT (*Americ. journ. of obstet.*, *octobre* 1886).

I. — Grossesse extra-utérine ayant marché jusqu'au neuvième mois, suivie d'une rétention du fœtus pendant huit mois. Bruch intervient, à cause d'accidents de septicémie menaçants : il pratique une incision à la paroi abdominale, ouvre le kyste adhérent et extrait le fœtus par débris. Le kyste était

déjà ouvert par le vagin. La malade guérit lentement et conserve encore une fistule peu importante. Lucas-Championnière rapporte, à ce propos, deux cas opérés par lui :

Grossesse extra-utérine datant de quinze mois. Ouverture large du ventre; ouverture du kyste, issue de 5 à 6 litres de pus, extraction d'un enfant à terme, fixation du kyste à la paroi, drainage, guérison.

Opération assez simple; la malade quitte l'hôpital au bout de deux mois et demi, avec une petite fistule qui se ferme après quelques mois.

Grossesse extra-utérine datant de vingt-sept mois; ouverture large de l'abdomen, incision du kyste; extraction d'un enfant adhérant par la surface cutanée; suture du kyste; drainage; guérison.

Extirpation assez laborieuse, à cause des adhérences fœtales; les mains et les pieds restent adhérents à la paroi; suites excellentes. Fistule fermée au bout de plusieurs mois.

II. — Femme entrée à la Maternité avec une tumeur du ventre d'un diagnostic obscur ayant les apparences d'une grossesse de sept mois. En face d'accidents péritonéaux graves, laparotomie médiane qui fait découvrir une kyste fœtal dont l'existence paraissait probable. Extraction d'un fœtus mort depuis quinze jours. Placenta laissé en place; guérison sans incident.

MAURICE HACHE.

III. — Femme de 33 ans, qui avait eu quatre accouchements à terme tout à fait normaux. Signes d'une nouvelle grossesse en décembre 1884; mouvements actifs du fœtus en août et septembre 1885. En octobre, perte de sang peu abondante; on constate la présence d'une grosse tumeur située sur la ligne médiane.

On fit le diagnostic de kyste multiloculaire de l'ovaire gauche en raison des signes négatifs de grossesse. Laparotomie après l'incision de la paroi abdominale, ponction de la tumeur qui donne issue à un litre et demi d'un liquide brunâtre. Le doigt introduit dans la plaie amena un fœtus macéré.

C'est en vain qu'on essaya la décortication du sac fœtal; on fit la suture du sac à la plaie abdominale. Drain et gaze iodoformée dans la cavité; au bout de trois mois après l'opération, la malade quittait l'hôpital avec une fistule de $0^{m},10$ de long.

BARBE.

IV. — H. A. Kelly a eu récemment l'occasion d'opérer une grossesse extra-utérine. La malade était âgée de 22 ans et avait eu deux enfants. Après une interruption des règles de 4 mois, elle eut une hémorragie profuse et expulsa une masse charnue considérée comme le produit d'un avortement. Le ventre continua à grossir, et 5 mois après, l'opération, reconnue nécessaire, fut pratiquée par l'auteur; lavages avec de l'eau pure. La guérison fut rapide. Le kyste complètement libre d'adhérences s'était développé sur le bord libre de la trompe droite, son plus grand diamètre croisant à angle droit l'axe de la trompe. Le fœtus, du sexe masculin, mesurait 5 pouces 3/4; d'après son développement, il paraissait avoir 4 mois; il était en état de momification sans trace de fétidité; le liquide amniotique avait été entièrement résorbé.

La société discute à ce propos l'arrêt de la grossesse par l'électricité.

R.-P. Harris est d'avis que dans un cas pareil l'opération était parfaitement justifiée. Il est vrai que les fœtus tués par le courant électrique, et abandonnés dans l'abdomen n'ont jusqu'ici produit aucun accident mortel; mais ils ont provoqué des péritonites plus ou moins graves. Josua-G. Allen l'a employé trois fois avec succès, et ses trois opérées sont vivantes. Une opérée de J.-C. Reave n'a eu aucun accident depuis six ans. Dans le cas de C.-L. Billington, l'enfant avait environ 3 mois lorsqu'il a été tué : 3 à 6 mois après, la tumeur n'était plus perceptible : la mère va très bien. La seconde opérée de Luske a eu, à la suite

de l'opération, une péritonite de deux mois : elle est actuellement au terme d'une grossesse et va très bien. L'opérée de E. Emmet porte son fœtus mort depuis un an sans s'en apercevoir. L'opérée de Garrigues, examinée deux ans après l'opération, n'avait plus trace de tumeurs. L'opérée de P.-F. Mundé n'a éprouvé aucun trouble dans sa santé depuis deux ans que l'opération est faite. H. DE BRINON.

V. — Femme de 24 ans, ayant eu une métrorragie après un retard d'un mois dans ses règles, et souffrant de douleurs abdominales depuis cette époque. L'utérus est volumineux, son col entr'ouvert et mou; à droite de l'utérus, on sent une tumeur globuleuse, élastique, sensible à la pression, du volume d'un œuf d'oie. Les seins sont gonflés, pigmentés et sécrètent du colostrum. Il semble donc qu'il y a eu grossesse et signes rationnels d'avortement; mais au bout d'une semaine d'observation il est manifeste que la tumeur pelvienne a grossi : on porte le diagnostic de grossesse tubaire.

Après anesthésie et douches vaginales, trois aiguilles courbes sont introduites par le vagin dans la tumeur et mises en communication avec le pôle positif d'une batterie de 30 éléments de Stöhrer, tandis qu'une éponge en communication avec le pôle négatif est appliquée sur la cuisse de la malade, le tout pendant six minutes.

Suites immédiates de l'opération très simples, mais, le 4e jour, insomnie, fièvres, douleurs pelviennes, symptômes de pelvipéritonite, à laquelle finit par succomber la malade.

Boulton conclut de ce cas que la galvano-puncture est loin d'être une méthode sans danger, et il formule ainsi la conduite qu'il croirait dorénavant devoir tenir : Pour les grossesses tubaires, avant le 4e mois, l'application de courants continus abdomino-vaginaux pendant plusieurs jours de suite; au delà du 4e mois, la laparotomie et l'extirpation radicale. H. R.

VI. — Une femme de 19 ans, bien portante, se marie le 20 janvier 1886. Le 26, vomissements qui nécessitent l'intervention d'un médecin et cèdent promptement à l'emploi du bismuth associé au bicarbonate de soude et à la morphine. Le 17 mars, douleurs abdominales et métrorragies qui sont traitées comme un avortement par les opiacés ; tout rentre dans l'ordre jusqu'au 1er avril, où la femme meurt presque subitement. A l'autopsie, on trouve la cavité péritonéale remplie de caillots, dont le point de départ est une déchirure siégeant sur la trompe droite au niveau d'une dilatation. H. DE BRINON.

MÉDECINE LÉGALE.

I. — L'hypnotisme et les états analogues au point de vue médico-légal, par Gilles de la TOURETTE (*In-8, Paris*, 1886).

II. — Le viol dans l'hypnotisme et états analogues, par Gilles de LA TOURETTE (*Annales d'hyg. publ., XVI, p.* 445).

I. — La première partie du livre de Gilles de la Tourette est consacrée à l'étude de l'hypnotisme envisagé en lui-même; l'auteur pense que l'hypnotisme ne se développe que chez les hystériques ou tout au moins chez les névropathes, et montre quelle importance peut avoir, au point de

vue médico-légal, cette constatation étiologique. L'auteur montre ensuite les différentes phases de l'hypnotisme (catalepsie, léthargie, somnambulisme) et insiste sur l'intérêt que présente, au point de vue de l'expertise devant les tribunaux, l'étude de quelques phénomènes vraiment impossibles à simuler. L'hyperexcitabilité musculaire, la contracture par excitation profonde du muscle ou du nerf, constituant les phénomènes physiologiques que le simulateur ne pourra jamais reproduire.

Les états analogues à l'hypnotisme comprennent le somnambulisme naturel ou pathologique. Différents crimes ont été commis dans ces états et ont fait surgir la question de la responsabilité des somnambules qui les avaient commis. Nul doute que cette responsabilité n'existe pas.

D'autres états analogues relèvent d'une manière directe de l'hystérie. Ce sont la catalepsie, la léthargie et le somnambulisme hystérique. Pendant ce dernier état, en particulier, les suggestions peuvent être imposées au sujet et réalisées par lui.

Le véritable accès de somnambulisme hystérique prolongé survient souvent sans secousses apparentes et persiste assez longtemps pour constituer une phase toute nouvelle de l'existence pendant laquelle la conscience et la responsabilité sont supprimées.

Dans la troisième partie de son livre, l'auteur nous initie aux bienfaits et aux dangers des pratiques hypnotiques.

Le danger est de développer inconsidérément les phénomènes hystériques, de les aggraver; aussi ne devront-elles être employées que dans une direction parfaitement déterminée et dans un but curatif.

L'auteur termine son livre en discutant la question de l'hypnotisme au point de vue médico-légal, et celle du magnétisme au point de vue social. RICHARDIÈRE.

II. — Le viol n'est pas rare dans l'hypnotisme et les états analogues. Sa rareté est d'autant moindre que, par suite de l'oubli qui existe au réveil, il peut assez souvent passer inaperçu. Sa fréquence ne peut aller qu'en augmentant, par suite de la fièvre de magnétisme qui sévit en ce moment et qui se traduit par les nombreuses représentations théâtrales, la formation de sociétés où l'on se livre aux manœuvres hypnotiques en dehors de tout contrôle médical.

Il importe de réglementer la mise en œuvre de l'hypnotisme. Les mesures restrictives prises en Autriche et en Italie s'imposent dans notre pays. Les représentations théâtrales et les séances publiques des sociétés de magnétisme devraient, en particulier, être interdites.

Ils serait désirable qu'on ajoutât au Code pénal une disposition visant particulièrement le viol et les attentats à la pudeur commis dans l'hypnotisme et les états analogues. J. B.

Affaire de Giurgevo (Roumanie). Recherches des signes de la virginité un an après l'inhumation, par GRÉGORESCO (*Annales d'hyg. publ., XVI, p.* 225, *septembre* 1886).

Fait très intéressant au point de vue médico-légal. Une femme, en voulant empoisonner son mari, empoisonne d'abord accidentellement sa fille âgée de 7 ans. Une enquête ayant fait connaître que le mari avait succombé à une intoxication par l'orpiment, on exhume le cadavre de la fille morte un an auparavant et l'on constate qu'elle est morte de la même façon. La mère alors

se défend en racontant qu'un an avant de mourir, son mari avait défloré sa fille alors âgée de 6 ans et qu'il avait été poussé au suicide par le remords.

Le cadavre de l'enfant était momifié et si parfaitement conservé par l'arsenic qu'on retrouva une grande partie de l'hymen, encore reconnaissable à sa structure microscopique.

Les experts conclurent que si, malgré l'extrême difficulté de la défloration par un adulte chez un enfant de cet âge, celle-ci avait réellement eu lieu, tout vestige de l'hymen eût disparu dans l'espace de 2 ans qui s'est écoulé jusqu'à l'exhumation.

La femme, condamnée aux travaux forcés à perpétuité, a assuré 4 ans plus tard avoir commis les 2 empoisonnements et avoir imaginé la prétendue défloration de sa fille pour se disculper. J. B.

Rapport sur un cas de mort provoquée par l'abus du seigle ergoté. Avortements multiples ; mort avec gangrène des extrémités, par Gabriel POUCHET (*Annales d'hyg. publ.*, *XVI*, *p.* 253, *septembre* 1886).

Il s'agit d'une domestique ayant succombé après 5 avortements provoqués par son maître à l'aide de breuvages. Cette femme mourut 5 mois après le dernier avortement, après avoir eu de l'anasarque généralisée et de la gangrène des 4 extrémités. Elle avait une hypertrophie cardiaque sans lésion valvulaire. Le rapport d'autopsie ne contient pas de renseignements sur l'état du tube digestif ni de l'utérus.

Après s'être assuré qu'il ne s'agissait pas d'une autre substance toxique, Pouchet est arrivé aux conclusions suivantes. Les spectres des solutions éthérées et la coloration rouge violacé prise par la liqueur de carbonate sodique indiquent très nettement la présence de la matière colorante de seigle ergoté, dans l'estomac, dans les intestins et leur contenu; moins nettement dans le sang, d'une façon douteuse dans le foie, la rate et le rein, et pas du tout dans les autres organes. Les réactions de l'ergotinine sont très nettes avec le foie, la rate, le rein, le cœur, les poumons, le contenu de l'estomac, le sang et surtout avec les intestins et leur contenu. J. B.

Ueber die Bedeutung der Magen-Darm-Schwimmprobe (Importance de la docimasie gastro-intestinale), par Emil UNGAR (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLVI*, *p.* 62, *janvier* 1887).

Les traités de médecine légale sont d'accord pour réduire au rôle d'épreuve adjuvante de la docimasie pulmonaire l'appréciation du contenu gazeux du tube digestif, proposée dès 1865 par Breslau ; aussi la surnatation de l'estomac et de la masse intestinale des nouveau-nés n'est-elle guère essayée.

Ungar, se basant sur ses expériences chez les animaux, s'efforce de rehausser la valeur de la méthode d'épreuve de Breslau, qui, selon lui, est en état de fournir des renseignements alors que l'épreuve pulmonaire se trouve en défaut, c'est-à-dire dans les cas de retour des poumons à l'état fœtal d'obstruction des premières voies par des mucosités ou autres corps étrangers ou de débilité congénitale. J. B.

Zum Nachweis der Spermatozoën... (Recherche des spermatozoïdes sur les taches sèches), par E. UNGAR (*Viertelj. f. gerichtl.*, *Med.*, *XLVI*, 316, *avril* 1887).

On fait ramollir un petit fragment de l'étoffe tachée dans de l'eau dis-

tillée qu'on a additionnée d'une goutte d'acide chlorhydrique pour 40 centimètres cubes d'eau. Cette légère acidification du liquide semble retarder le gonflement et la déformation des spermatozoïdes, et n'a d'autre inconvénient que de les ratatiner un peu, ce à quoi on remédie par l'emploi d'un grossissement plus considérable. Avant de les colorer, on flambe les préparations pour les dessécher. Ungar et Steilberger ont réussi à obtenir une double coloration des spermatozoïdes, au moyen soit d'éosine et d'hématoxyline, soit d'alun carminé et d'éosine, soit de vésuvine et d'éosine, soit plus simplement de vert de méthyle additionné d'acide chlorhydrique. On trouvera dans le travail d'Ungar la technique de ces divers procédés. J. B.

Einiges über das Aufhängen von Leichen (De la pendaison des cadavres), par F. STRASSMANN (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XLVI, p.* 97, *janvier* 1887).

Sur 26 cas de suicide par pendaison que Strassmann a observés, les fractures du larynx n'ont manqué que 6 fois. 16 des suicidés présentaient une fracture des cornes thyréoïdiennes, des cornes hyoïdiennes et une fracture de cricoïde. Parmi ces pendus, 5 avaient moins de 30 ans et chez 3 d'entre eux le larynx était demeuré intact ; des 21 plus âgés, 3 seuls aussi n'avaient pas de fractures cartilagineuses. Quant aux signes de réaction vitale accompagnant ces fractures, 6 fois seulement sur 20 il existait une hémorragie un peu notable.

Vu la résistance plus grande de tous les organes chez les cadavres, on pouvait se demander si la suspension *post mortem* s'accompagnait des mêmes lésions. Quelques expériences de Hofmann et de Haumeder (*Wiener med. Blätter* 1882) ont déjà résolu la question par l'affirmative.

Strassmann a répété ces expériences sur 12 cadavres d'individus d'âges divers qu'il a pendus suivant les divers modes usités, en employant tour à tour des liens durs et mous, en appliquant le lien tantôt au-dessus, tantôt au niveau, tantôt au-dessous du larynx. Il est arrivé aux mêmes résultats que ses prédécesseurs. 8 fois sur 12, il a déterminé des fractures portant toujours sur les grandes cornes du thyréoïde ; 6 fois cette fracture était bilatérale ; 1 fois, il y avait en même temps fracture d'une des grandes cornes hyoïdiennes. Chaque fois qu'il y avait fracture, il existait une altération sénile du cartilage au niveau du point fracturé.

En réunissant ses expériences à celles de Hofmann et de Haumeder, Strassmann arrive aux chiffres suivants : 41 cadavres ont été pendus, dont 8 d'individus âgés de moins de 30 ans qui n'ont présenté aucune fracture. Des 33 autres cadavres, 24 offraient des fractures dont 15 des cornes thyréoïdiennes, 12 de l'hyoïde, 2 du cricoïde et 1 du thyréoïde lui-même. C'est là, on le voit une proportion qui correspond assez exactement à celle qu'on rencontre dans les suicides par pendaison ; d'où la conséquence que ces blessures des cartilages n'ont aucune valeur pour décider si la suspension a eu lieu durant la vie.

Lesser (*Viertelj. f. gerichtl. Med., XXXII*) prétend qu'en cas de double lien, l'existence dans l'intervalle d'une hyperémie tégumentaire (en l'absence de toute rougeur hypostatique) est un signe certain de réaction vitale ; une des expériences de Strassmann ôte à ce phénomène toute signification pathognomonique. J. B.

Inwieweit sind freiwillige Angaben... (Valeur des témoignages d'individus idiots), par A. KRAUSS (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanit., nouv. série, XLVI*, 23 *janvier* 1887).

Le degré de créance qu'on peut accorder aux déclarations des imbéciles est en raison directe de leur pouvoir de s'exprimer par la parole.

Il y a même lieu, sous les réserves suivantes, d'ajouter plus de foi à ces déclarations qu'à celles d'individus d'intelligence normale, parce que les faibles d'esprit sont incapables de fausser, sciemment ou inconsciemment, leurs témoignages.

Les réserves qui convient de faire, quant aux déclarations des idiots, ont trait aux points suivants :

1° Les faits sur lesquels portent les déclarations ne doivent pas être hors de la portée intellectuelle du témoin ;

2° Ces faits doivent avoir excité tout spécialement l'intérêt du témoin, parce qu'alors ses observations sont plus exactes et ses souvenirs plus durables ;

3° Il ne doit pas s'être écoulé trop de temps depuis les événements ;

4° Ces événements ne doivent être compliqués d'aucune façon, c'est-à-dire n'avoir été accomplis ni par un grand nombre de personnes ni avec trop de rapidité, et en outre ne pas avoir offert de péripéties embrouillées.

Cette aptitude des gens faibles d'esprit à témoigner valablement se concilie parfaitement au point de vue psychologique, avec leur irresponsabilité, leur absence de liberté morale. J. B.

Ueber Stichwunden... (Des plaies par instruments piquants au point de vue médico-légal), par KATAYAMA (*Vierteljah. für gerichtliche Medicin., XLVI*, 1er *janvier* 1887).

Katayama a fait ses expériences avec un instrument à pointe conique tour à tour sur des crânes de nouveau-nés, sur la langue, la trachée, l'aorte, le foie, le rein, la vessie, l'urètre, l'utérus et le vagin. On devra lire dans l'original, qui est accompagné de figures, la description très détaillée des plaies ainsi produites. Voici les conclusions générales :

Sur tous les tissus et organes de l'intérieur du corps, les piqûres faites avec l'instrument à pointe conique ne donnent jamais des plaies arrondies ; le plus souvent, elles affectent la forme de fentes ; rarement elles sont triangulaires ou irrégulièrement étoilées, comme Langer en a décrites sur la peau. Sur la plupart des tissus et organes, ces blessures affectent une disposition à peu près fixe, il n'y a guère que les reins faisant exception dans une certaine mesure. Elles sont souvent dirigées autrement d'une couche de tissu à l'autre, de sorte qu'elles s'entre-croisent sous différents angles.

La direction des fentes produites par l'instrument correspond toujours à la fissibilité naturelle du tissu ou de l'organe intéressé, fissibilité qui dépend essentiellement de la direction des fibres du tissu conjonctif ou des muscles.

La fissibilité du foie et du rein normaux exerce une influence prépondérante sur la direction de leurs déchirures traumatiques ; Katayama s'en est assuré par des expériences, et 4 autopsies d'individus ayant suc-

combé à des ruptures du foie, viennent corroborer cette assertion. Mais quand le foie ou les reins sont malades, on n'observe plus la même régularité dans la direction de leurs déchirures. J. B.

Cicatrices de sangsues. Leur apparente disparition. Moyen de les reconnaître, par de CASTRO (*Annales d'hyg. publ.*, *XVII*, 48, *janvier* 1887).

Les auteurs de médecine légale ne parlent même pas de la disparition des cicatrices de sangsues. De Castro a fait des recherches sur ce point et cite, à ce propos, la disparition en apparence complète de ces cicatrices chez un marin français à qui 6 mois avant on avait appliqué des sangsues sur le tragus, et chez un Maltais à qui 8 mois auparavant on avait fait la même médication sur les paupières.

De Castro a pu mettre en évidence les cicatrices de sangsues au moyen de frictions avec la teinture de moutarde qui, en rougissant la peau intacte, ne fait pas changer de couleur aux cicatrices; plus celles-ci sont anciennes, plus elles deviennent alors visibles. J. B.

Medico-legal aspects of cranial and heart wounds (Plaies du crâne et du cœur), par Hayes AGNEW (*Med. News*, 21 *mai* 1887).

Agnew discute la question de savoir si l'on peut imputer à un suicide les cas de double plaie du cœur et du cerveau. Un homme est trouvé mort ayant reçu deux coups de feu, l'un dans le pariétal, la balle allant se loger dans le cerveau, l'autre dans le cœur. Les experts étaient partagés sur la question d'homicide ou de suicide; les aveux des assassins tranchèrent le débat.

A ce propos, Agnew confirme par des exemples nombreux la survie assez longue après des plaies du cœur, la conservation de l'intelligence et de la vie après une plaie du cerveau et la possibilité pour un homme de se faire successivement ces deux traumatismes. Il conclut ainsi :

1° Une balle peut pénétrer dans le cerveau sans abolir le sentiment, tout en déterminant une commotion momentanée ;

2° Une balle peut traverser le cerveau sans amener de paralysie musculaire ;

3° Un homme peut se tirer lui-même un coup dans la tête et un autre dans le cœur ;

4° Le suicide peut exister en renversant l'ordre de production des traumatismes, d'abord un coup dans le cœur, puis un autre dans la tête. A. C.

Beobachtungen und Untersuchungen über die Atropin-Vergiftung (Observations cliniques et recherches médico-légales sur l'empoisonnement par l'atropine), par Julius KRATTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, *XLIV*, *p.* 52).

Feddersen (*Thèse inaug. Berlin*, 1884) a réuni tous les cas d'empoisonnements par l'atropine publiés, au nombre de 103. La mortalité ne s'en élève qu'à 11,7 0/0, ce qui est une proportion faible quand on la compare à la mortalité des autres toxiques. Au point de vue étiologique, les 103 cas se répartissent en 19 empoisonnements intentionnels (9 criminels et 10 suicides) et 84 accidentels (dont 26 par la faute du mé-

decin et 2 par celle du pharmacien). C'est aux collyres qu'on doit le plus grand nombre de ces empoisonnements.

Le mémoire de Kratter renferme la relation détaillée de 8 faits d'intoxication, les uns consécutifs à l'ingestion d'extrait de belladone (0,10 dans un cas) ou d'atropine, les autres à l'absorption de baies de belladone.

La symptomatologie de ces différents faits n'a rien offert de spécial. Toutefois Kratter signale un point à l'attention des observateurs. Chez les 3 malades dont il a exploré la température, il l'a toujours trouvée fébrile, tandis que Schroff avait cru pouvoir dire que dans l'atropinisme il y a un abaissement constant de la température.

Le meilleur réactif physiologique de l'atropine est l'œil humain sain. L'œil de chat est encore un bon réactif, tandis que celui du lapin ne vaut rien.

Kratter recommande vivement l'examen microscopique du résidu cristallisé obtenu à la suite du traitement des organes intoxiqués ; on distingue trois espèces de cristaux : 1° de petites étoiles et des aigrettes, formes caractéristiques du sulfate d'atropine ; 2° des colonnettes formées par du sulfate d'ammoniaque et des cubes dus à du chlorure de sodium. Si maintenant on traite ce résidu cristallisé par l'alcool absolu et qu'ensuite on chauffe très modérément, les étoiles et aigrettes formées par des agrégations de cristaux aciculaires se dissolvent, tandis que les deux autres types de cristaux restent insolubles. L'examen cristallographique fournit ainsi le moyen de distinguer la présence d'impuretés au lieu des cristaux du sel d'atropine.

Voici quelques-unes des conclusions que Kratter tire de ses observations et expériences.

La mydriase et la congestion de l'encéphale sont des phénomènes communs aux empoisonnements par la belladone et par son alcaloïde. Mais, tandis que l'atropine laisse intactes les voies digestives, la belladone (ou plutôt son fruit) agit comme un poison irritant qui provoque de l'hyperémie et des hémorragies des muqueuses de l'œsopbage, de l'estomac et du duodénum, et en outre une inflammation réactionnelle qui peut aller jusqu'à l'ulcération.

L'urine est pour l'enquête médico-légale un objet très important, parce que l'atropine est vite résorbée et que dans un temps assez court elle est éliminée par le rein sans avoir subi de modification.

Toutefois l'analyse chimique peut fournir un résultat négatif, même en cas d'empoisonnement avéré, vu la rapide élimination de ce poison par les urines. J. B.

L'arsenic du sol au point de vue toxicologique, par GARNIER et SCHLAGDENHAUFFEN (*Annales d'Hyg. publ., XVII, p.* 28, *janvier* 1887).

Le but des expériences entreprises était de prouver que, quelle que soit la richesse naturelle en composés arsénicaux du terrain sur lequel est établi un cimetière, jamais l'arsenic retrouvé dans un cadavre (pourvu qu'il n'y ait eu aucun mélange de débris organiques, soumis à l'analyse avec la terre de la fosse) ne peut provenir du sol avoisinant.

Et les auteurs concluent : l'arsenic contenu dans le sol à l'état naturel s'y trouve très probablement à l'état d'acide arsénique combiné à la chaux

ou plutôt au fer. Ces deux composés ne sont jamais entraînés par les eaux de pluie, quelles que soient les conditions climatériques et saisonnières; par suite, ils ne peuvent venir au contact des cadavres inhumés et s'y introduire par un phénomène d'imbibition.

Il en est de même d'ailleurs de l'arsenic introduit dans le sol sous une forme soluble : il se transforme rapidement et à courte distance en dérivé insoluble. J. B.

Recherche de l'acide phosphorique libre comme preuve d'un empoisonnement par l'acide sulfurique, par L. GARNIER (*Annales d'hyg. publ., XVII, p.* 148 *février* 1887).

Dans une affaire d'empoisonnement par l'acide sulfurique, Schlagdenhauffen et Garnier émirent les conclusions suivantes :

1° Les taches qui existent sur la chemise et la camisole du premier enfant et sur le jupon qui a servi de couverture à son lit sont dues à l'action corrosive de l'acide sulfurique que nous retrouvons en nature;

2° La recherche de l'acide sulfurique libre dans le tube digestif de l'enfant est négative, bien qu'on ait constaté la réaction excessivement acide de ces organes et leur coloration noire, semblable à une carbonisation, qui s'étend, par suite d'une perforation jusqu'à l'épiploon ;

3° Malgré la corrosion profonde et étendue de la muqueuse linguale et sa réaction fortement acide, nous n'y trouvons pas davantage d'acide sulfurique libre;

4° Les organes de l'enfant renferment de l'arsenic; l'absence de médication arsenicale, ou de médication pouvant contenir de l'arsenic comme impureté, et la nature de l'alimentation (lait et pain), ne nous permettent d'expliquer la présence de ce métal que comme une impureté de l'acide sulfurique du commerce qui seul a pu produire, après ingestion, les désordres caractéristiques qui ont amené une mort rapide.

Des expériences auxquelles Garnier s'est livré, il conclut :

Quand, dans un cas d'intoxication par un corrosif acide, avec lésions profondes, on ne retrouvera dans le tube digestif que de l'acide phosphorique libre, par le procédé d'extraction à l'alcool éthéré, la présence de cet acide, en l'absence de toute ingestion, s'ajoutera de tout son poids aux considérations tirées de l'autopsie de l'examen des vêtements, de la présence de l'arsenic, etc., pour permettre d'affirmer l'ingestion de l'acide sulfurique. (*R. S. M.*, I, 835 ; III, 291 ; XIV, 512 et XIX, 496.) J. B.

Nachweis einer Phosphorvergiftung... (Empoisonnement par le phosphore, décelé 3 mois après la mort), par Theodor POLECK (*Viertelj. f. gerichtl. Med., avril et juillet* 1887).

Ce fait est peut-être le premier dans lequel, trois mois après le décès de la victime, l'analyse chimique ait pu établir avec certitude qu'il s'agissait d'un empoisonnement par le phosphore. Tous les organes en effet contenaient son produit d'oxydation immédiat, l'acide phosphoreux. Ils renfermaient en outre une petite quantité d'arsenic et d'antimoine. Or, ces deux derniers corps entraient également dans la composition de la *mort-aux-rats* qui avait été criminellement administrée. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

I. — **Ueber Zubereitung aseptischer Fäden (Expériences sur la préparation des fils aseptiques), par TAVEL** (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 23, p.* 657, 1er *décembre* 1886).

II. — **Sägespäne als Verbandmaterial (Pansement à la sciure de bois), par T. ESCHER** (*Centralb. f. Chir., n° 49,* 1886).

III. — **Ueber sterile Verbandstoffe (Stérilisation des pièces de pansement), par SCHLANGE** (*XVIe Cong. des chirurg. allemands*).

IV. — **De l'emploi de la ouate de tourbe en chirurgie, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE** (*Bull. de la Soc. de chir., XIII, p.* 168-174).

I. — Voici comment les expériences ont été faites. De gros fils de catgut et de soie ont été chargés de spores de bactéridies charbonneuses ou de spores de bacilles du foin, puis séchés ; une partie d'entre eux ont été huilés ; ensuite tous ont été soumis à des agents désinfectants. Après cela, on a enlevé tout vestige antiseptique resté adhérent au fil par un lavage dans un liquide stérilisé ou capable de le dissoudre (eau distillée, alcool, éther).

Pour éprouver la valeur du moyen désinfectant, les fils furent soit inoculés dans des plaques d'agar ou des tubes et placés ensuite dans l'éther à 32°, soit inoculés à des souris. Voici les résultats obtenus :

L'action d'une solution aqueuse de sublimé au millième durant 12 heures a suffi pour désinfecter un certain nombre, mais non pas tous, les fils non huilés. Lorsque, au préalable, ces fils avaient été nettoyés avec du savon mou, leur stérilité était parfaite. Au contraire, après un lavage au savon de sublimé, il se produisait encore une pullulation très abondante.

L'huile de genièvre tue, au bout d'une semaine, tous les germes aussi bien sur les fils huilés que sur les non huilés.

Le chlorure de zinc à 5 0/0 durant 24 heures, continué par l'action durant plusieurs jours d'une liqueur de même nature à 2 0/0, n'entrave nullement le développement des germes.

Le lavage au savon mou suivi de l'immersion dans du bismuth, de l'iodoforme, de l'iodol ou du salol ne réussit pas non plus à tuer les germes. De même encore le séjour durant 8 jours dans des solutions éthérées d'iodoforme, d'iodol et de salol à 10 0/0 ; dans ces cas, ce sont les fils au salol qui sont les moins désinfectés et ceux à l'iodoforme qui fournissent le moins de germes.

La méthode de Bruns, immersion dans la cire iodoformée à 10 0/0 pendant une demi-heure à la température de 70°, etc., est tout aussi impuissante.

L'immersion durant quelques secondes dans l'huile bouillante (qui n'est applicable qu'à la soie), à la température de 150°, ne tue qu'une partie des germes; mais, à 250°, elle les tue tous. J. B.

II. — Escher a constaté que la sciure enfermée dans des sacs de gaze s'échappait souvent par les mailles du tissu ; ce qui avait le double inconvénient de rendre l'antisepsie illusoire et de causer au malade des douleurs inutiles. Aujourd'hui, l'auteur se sert de la charpie de bois comme d'une sorte de charpente pour fixer la sciure ; le tout est enfermé dans des sacs lâchement cousus. Mais il n'a jamais employé la sciure sans liquide antiseptique. Elle est trempée dans une solution alcoolique de poix.

L'auteur a obtenu d'excellents résultats avec ce pansement. Il est très absorbant, très antiseptique et désinfectant. Il est en outre très bon marché.

III. — Schlange a constaté que les diverses pièces de pansement séchées et empaquetées ne sont jamais stériles. Il a cherché si la gaze sublimée avait quelque puissance antiseptique ; et il a constaté qu'il suffit d'une très petite quantité de sang pour que son albumine se combine avec tout le sublimé contenu dans la gaze et la rende inactive. Ce n'est donc pas par ses propriétés antiseptiques qu'agit la gaze sublimée, mais simplement par son asepsie relative. Aussi l'asepsie des pièces de pansement est la seule chose dont on doive se préoccuper; et le moyen le plus simple et le meilleur de l'obtenir est de placer le matériel dans un courant de vapeur d'eau à 100°.

Volkmann fait remarquer qu'il suffit pour obtenir de bons résultats d'opérer avec des mains et des instruments propres dans un milieu désinfecté. Il faut faire un pansement sec avec un morceau de gaze iodoformée. Les pansements humides sont des bouillons de culture.

PIERRE DELBET.

IV. — Lucas-Championnière expose les résultats que lui a donnés dans son service l'emploi de la ouate de tourbe. Il pense que cette substance est propre à remplacer à peu près complètement les autres espèces de ouate et même une partie des tissus antiseptiques qui complètent habituellement les pansements. En dehors des pansements proprement dits, elle peut recevoir une foule d'applications hygiéniques. Ses principaux inconvénients sont sa coloration brune, sa friabilité et les démangeaisons qu'elle peut déterminer. MAURICE HACHE.

I. — Eine neue Methode der Autoplastik, par OBALINSKI (*Wien. med. Presse, n° 20, p. 689, 1887*).

II. — Eine neue Methode der Wangenplastik (Autoplastie des joues), par G. ISRAEL (*XVIe Cong. des chirurg. allem.*)

III. — Ueber Transplantation frischer gestrœlter... (Transplantation de lambeaux pédiculés du thorax au bras et à l'avant-bras), par W. WAGNER (*Ibidem*).

I. — Obalinski décrit son procédé d'autoplastie sous le nom de *migroplastie*. Il l'a imaginé pour guérir un ulcère du talon chez une fille de 22 ans. Après avoir essayé inutilement d'obtenir la cure définitive par le procédé de Dieffenbach, il tailla un lambeau immédiatement au-dessus de la malléole et le fixa sur les parties latérales du talon. De la sorte, il obtint, au voisinage de l'ulcère, des tissus pleins de vitalité et emprunta là, dix jours après, un nouveau lambeau qu'il put faire glisser sur la surface ulcérée. C'était donc une autoplastie en deux temps.

Le résultat fut excellent; la totalité du talon se recouvrit d'une peau résistante. L. GALLIARD.

II. — Dans un cas où presque toute la muqueuse et une grande partie de la peau, y compris l'angle de la bouche, avaient dû être enlevées au cours d'une opération pour un épithélioma, Israel a réparé cette énorme perte de substance par un procédé nouveau. Il a pris un très long lambeau sur les parties latérales du cou et la région sus-claviculaire jusqu'à la clavicule. Le pédicule fut laissé au niveau de l'origine de la barbe. Le lambeau fut relevé et suturé, la face cutanée en dedans. Dans une seconde séance, le pédicule fut coupé, et toute la partie qui était restée comme un pont flottant entre ce pédicule et la plaie à combler fut repliée et suturée, la face cutanée en dehors. Puis on refit l'angle de la bouche avec la muqueuse des deux lèvres, et enfin un orifice restait encore au niveau du pli du lambeau. Il fut suturé après avivement des bords.

Hahn déclare avoir déjà fait plusieurs opérations de ce genre.

III. — Wagner a fait trois autoplasties d'après les principes de Maas. Dans le premier cas, il s'agissait d'un malade qui, quatre mois après avoir été pris dans une machine, présentait une plaie qui occupait le tiers inférieur du bras et les deux tiers supérieurs de l'avant-bras. Le 22 juin 1885, il transplanta un lambeau thoracique de 17 centimètres, comprenant la peau et l'aponévrose, dont le pédicule fut coupé le 13e jour. Au mois de décembre, la plaie du bras était complètement fermée. Le 6 janvier, un second lambeau de 16 centimètres de côté fut transplanté du thorax à l'avant-bras. Le pédicule fut coupé le 12e jour. Au mois d'avril 1886, les plaies du bras et les plaies thoraciques étaient complètement cicatrisées. Aujourd'hui, les lambeaux transplantés sont parfaitement mobiles sur les parties profondes, et la sensibilité est normale. Le malade peut écrire et se sert relativement bien de son bras.

Dans le second cas, la plaie occupait la même région, et la cicatrisation, si elle avait été possible, aurait entraîné une flexion forcée de l'avant-bras. Un lambeau thoracique pédiculé fut transplanté. Le pédicule fut coupé le 14e jour. L'un des bords du lambeau était sphacélé sur une étendue de 2 centimètres, en un point où l'on avait accumulé une grande quantité de sutures. Le reste du lambeau était solidement adhérent. Grâce à cette opération, la flexion de l'avant-bras a éte évitée.

L'auteur a fait une troisième opération du même genre. PIERRE DELBET.

Transplantation osseuse interhumaine; greffe massive dans un cas de pseudarthrose du tibia gauche chez un jeune homme de 19 ans, par A. PONCET (*Académie des sciences*, 28 *mars* 1887).

Jeune homme de dix-neuf ans qui, le 25 novembre 1885, fut atteint, dans un éboulement, d'une fracture compliquée de la jambe siégeant à la partie moyenne. Le fragment supérieur faisait hernie à travers la peau; des accidents phlegmoneux entraînèrent une nécrose étendue des extrémités fracturées, et, lorsque le malade entra à l'Hôtel-Dieu, au mois de décembre 1886, la plaie complètement cicatrisée, il n'y avait aucune trace de consolidation. Les deux fragments osseux étaient séparés par un intervalle de 35 à 40 millimètres. Le péroné mesurait la même longueur que le péroné opposé. Formant attelle, il s'était opposé au rapprochement des extrémités fracturées : ainsi s'expliquait la pseudarthrose.

Le 19 janvier, Poncet prend sur un membre qui vient d'être amputé pour traumatisme la première phalange du gros orteil. Les deux extrémités

articulaires, recouvertes des cartilages diarthrodiaux, furent retranchées sur une hauteur de 3 à 4 milimètres et la phalange partagée en deux suivant son grand axe avec une scie fine d'horloger. Une des moitiés, longue de 26 millimètres, large de 10 millimètres environ, aseptisée par l'immersion dans la solution de sublimé, fut placée entre les extrémités osseuses préalablement avivées.

Les bords de la plaie cutanée ne furent pas réunis. Soins antiseptiques minutieux. Immobilisation du membre dans une attelle plâtrée.

Huit jours après, lorsqu'on enleva le premier pansement, la greffe, de coloration blanchâtre, était dépouillée de son périoste sur la plus grande partie de son étendue; des bourgeons charnus de belle apparence l'entouraient.

Le 21 mars, 62 jours après la transplantation, la pseudarthrose persistant, Poncet fit la résection de 6 millimètres du péroné et l'avivement des fragments du tibia. La moitié de phalange transplantée s'était bien réellement greffée, elle vivait dans toute sa masse. A peine fixée au fragment supérieur, dont elle était séparée par une couche de bourgeons épaisse de 5 à 6 millimètres, elle se continuait directement avec le fragment inférieur auquel elle adhérait intimement. En avant et en dehors, recouverte par des bourgeons de plus en plus feutrés et formant profondément une membrane d'enveloppe continue, elle ne pouvait être libérée qu'avec un détache-tendon; par sa face spongieuse elle se confondait avec la gaine fibreuse sous-jacente. A. C.

I. — **Un signe graphique important pour le diagnostic des anévrismes intracavitaires, par G. RUMMO et A. FERRANINI** (*La Riforma medica, avril* 1887).

II. — **On the diagnostic significance of laryngeal symptoms, etc. (Valeur diagnostique des symptômes résultant de la compression du pneumogastrique et du récurrent par les anévrismes), par David NEWMANN** (*Brit. med. journ., p.* 1, *juillet* 1887).

III. — **A case of thoracic aneurysm (Anévrisme de l'aorte traité par l'introduction, dans le sac, d'une spirale métallique), par William CAYLEY** (*Medico chirurg. Transactions, LI, p.* 267, 1886).

IV. — **A case of sacculated aortic aneurysm (Anévrisme aortique traité par l'introduction, dans le sac, de 32 pieds de fil d'acier), par W. WHITE et Pearce GOULD** (*Brit. med. journ., p.* 829, *avril* 1887).

V. — **A case of aneurysm of the abdominal aorta treated by laparotomy, etc..., par J. PRINGLE** (*Ibidem, p.* 829, *avril* 1887).

VI. — **Aneurisms treated by the introduction of catgut or of wire, with electricity, par Robert ABBE** (*Med. News*, 9 *avril* 1887).

VII. — **Traitement des anévrismes de l'aorte par la méthode de Moore, par R. LÉPINE** (*Semaine méd.*, 25 *mai, et Lyon méd.*, 29 *mai* 1887).

VIII. — **Un cas d'anévrisme traité par l'électropuncture, par F. BRANCACCIO** (*Med. contemporanea, décembre* 1886).

IX. — **A case of innominate aneurism treated by simultaneous distal ligation of the right carotid and subclavian arteries, par R. WHARTON** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 23 *avril* 1887).

X. — Abdominal aneurysm, par GUITERAS (*N. York med. journ.*, 25 *décembre* 1886).

XI. — Ein Fall von Aneurysma arterio-venosum, par H. GEHLE (*Berl. klin. Woch.*, 25 *avril* 1887).

I. — La respiration exerce une grande influence sur le pouls des organes dont les artères naissent au-dessous d'un anévrisme d'un tronc artériel intra-thoracique ou intra-abdominal. Ce caractère est d'autant plus marqué que les artères de l'organe dont on explore le pouls sont plus voisines de l'anévrisme. Ce caractère peut servir à établir le diagnostic d'anévrisme, dans des cas où aucun autre symptôme fonctionnel ou physique ne peut donner la certitude du diagnostic. Pour déterminer l'existence de ce caractère, il est utile de le rechercher plusieurs fois.

GEORGES THIBIERGE.

II. — Newmann insiste sur la symptomatologie peu connue de certains anévrismes de l'aorte qui débutent exclusivement par des phénomènes laryngés.

Il cite une observation très intéressante, dans laquelle un anévrisme du tronc brachiocéphalique et de l'aorte descendante provoqua, tout d'abord, une dyspnée paroxystique due au spasme unilatéral d'une corde vocale ; puis, trois mois après, des crises de laryngite striduleuse dues à des spasmes bilatéraux des muscles adducteurs du larynx. Plus tard, au spasme de ces muscles succéda leur paralysie ; alors le malade avait de la dysphagie, et les signes de l'anévrisme étaient devenus évidents. H. R.

III. — Sur un homme de 49 ans, alcoolique et syphilitique, qui présentait une tumeur anévrismale à la base du cou, au-dessus de la fourchette sternale, et souffrait d'attaques de suffocations imminentes, Cayley pratiqua l'opération suivante : Un ressort de montre en acier, très fin, préalablement décapé à la potasse pour le rendre antiseptique, est introduit à travers la canule d'un trocart, après une ponction au niveau de la partie proéminente du sac anévrismal. Celui-ci, après l'opération, est comprimé avec une éponge phéniquée. Le seul accident consécutif est un hématome léger sous-cutané. Les jours suivants, les battements de la tumeur disparaissent, et le sac est transformé en une masse dure et rétractée, indolente. Mais, quelques semaines après, des symptômes de compression trachéale se manifestent, et il devient évident que le sac anévrismal se développe au-dessous et en arrière du point oblitéré. Une nouvelle opération est pratiquée au niveau du bord de l'articulation sterno-claviculaire gauche, sans aucun accident, le 10 septembre, mais le soulagement est médiocre, et les crises de dyspnée et d'angine de poitrine persistent en s'aggravant. Le malade succomba neuf jours après dans un accès de dyspnée.

L'autopsie montre le sac anévrismal oblitéré par des caillots résistants, au point des deux ponctions : la mort avait eu lieu par l'extension du sac du côté de la trachée. Le sternum était complètement érodé par la tumeur. H. R.

IV. — Homme de 48 ans, porteur depuis cinq mois d'une tumeur anévrismale pulsatile au-devant de la poitrine, à droite du sternum, s'étendant de la deuxième à la cinquième côte. Traitement ioduré inefficace ; la tumeur grossit notablement et la peau semble s'amincir. L'opération est pratiquée le 11 janvier : ponction dans le troisième espace, et introduction, à travers une canule de Southey, de 32 pieds de fil d'acier. Hémorragie abondante pendant l'opération, arrêtée par compression. La tumeur devient plus dure, les pulsations moins fortes. Mais, huit jours après, on constate un gonflement considérable du tissu sous-cutané au-dessus de l'anévrisme ; la peau se gangrène et le malade meurt en quelques heures.

Autopsie. — La crosse aortique est dilatée et offre à son origine un diverticule gros comme une orange, d'où part une seconde poche sacciforme grosse comme une noix de coco ; cette dernière partie était un anévrisme faux consécutif, sans parois distinctes. Le fil d'acier formait avec des caillots fibrineux une masse dure, imperméable au sang.

Les auteurs admettent les conclusions suivantes :

1° Le traitement de Moore ne doit être appliqué que dans certains cas déterminés, quand il n'y a pas de motif pour supposer la rupture du sac initial ; 2° il ne faut introduire en une séance qu'une petite quantité de fil; 3° on ne doit pas, après l'opération, exercer de pression sur la poche anévrismale. H. R.

V. — Homme de 46 ans, présentant les symptômes d'un anévrisme de la partie supérieure de l'aorte abdominale, sans signes d'affection générale du cœur et des artères. Traitement par le repos, la morphine, l'iodure de potassium, persistance et accroissement des signes de l'anévrisme. On décide l'opération. La principale difficulté de l'opération fut l'introduction du ressort d'acier dans la poche anévrismale : on ne put en faire pénétrer que 25 à 30 centimètres. Pas d'hémorragie consécutive. Pendant deux jours, état satisfaisant de l'opéré, puis développement d'accidents cérébraux et mort dans le coma, cinq jours après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite, cœur distendu par des caillots récents. L'anévrisme, situé au niveau du tronc cœliaque, était diffus et rempli de caillots, dont quelques-uns stratifiés. H. R.

VI.— Abbe publie deux nouvelles observations de cette méthode de traitement, une due à Roosevelt, de New-York, la seconde personnelle.

1° Homme de 25 ans, antécédents syphilitiques, anévrisme aortique, avec dyspnée, dysphagie, compression douloureuse des nerfs du bras; tumeur pulsatile au niveau des quatre premières côtes sur le bord sternal. Amélioration des symptômes douloureux par l'iodure et le repos.

Le 4 août 1886, à l'aide d'un fin trocart, Roosevelt fait pénétrer dans le sac 75 yards (environ 68 mètres) de fil d'acier fin, corde de piano n° 00. Sentiment de faiblesse, pâleur. Le fil est mis en communication avec une pile à courants continus, l'autre électrode est placée sur l'épaule droite. On use de 4 à 8 éléments donnant un courant de 25 milliampères.

Le lendemain, moins de pulsations, douleur et vertige. Le troisième jour, moins de douleur, mais les jours suivants, dyspnée, cyanose. Vers le dixième jour, diminution de ces symptômes, pulsations très diminuées, respiration plus aisée. Au vingt-deuxième jour, plaque gangréneuse à un orteil, mort le vingt-troisième jour. Pas d'autopsie.

2° Homme de 46 ans, non syphilitique. Large tumeur pulsatile à la base du cou, à droite.

Anévrisme de la sous-clavière remplissant la région sus-claviculaire, la moitié du cou, et allant jusqu'à l'omoplate. On repousse en consultation la désarticulation de l'épaule, même après ligature de la carotide. On insinue alors dans la tumeur, par une fine aiguille à ponction, 100 pieds de catgut. Pas de douleur. Application de glace. Dès le 2e jour, la base de la tumeur est moins pulsatile.

Le 9e jour, nouvelle insertion de 150 pieds de fil d'acier fin ; immédiatement passage, par le fil, d'un courant continu de 50 milliampères. Mort, le 2e jour après cette seconde opération, de l'ouverture de l'anévrisme dans la trachée. Pas d'autopsie.

Suit une discussion détaillée des observations similaires avec bibliographie.

Gerster, à la suite de cette communication à la *New York surg. Soc.*, donne une nouvelle observation.

3° Homme de 45 ans. Anévrisme de la crosse aortique. Insertion de 36 pieds de fil d'acier. Au 17e jour, mort subite par ouverture de l'anévrisme dans la cavité pleurale. Pas d'autopsie.

Wyeth a lié, dans un cas d'anévrisme de l'aorte, la carotide et la sous-clavière droite. Le malade vécut un an. A l'autopsie, le sac était rempli par un caillot fibrineux ne laissant qu'une cavité du volume d'une amande.

A. CARTAZ.

VII. — Lépine rapporte deux cas où il appliqué cette méthode de traitement.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de 45 ans, entré pour un anévrisme de l'aorte thoracique. Le 17 octobre, séance de galvanopuncture; résultat nul. Le 22 octobre, la tumeur menaçant de se rompre, introduction, par l'aiguille de Pravaz, de 15 crins de Florence (environ 4m 50). Le malade meurt, 5 jours plus tard, de broncho-pneumonie.

L'anévrisme, du volume d'une grosse orange, avait perforé le sternum, était rempli de caillots noirs au milieu desquels on trouvait les crins.

Dans le second cas, homme de 40 ans, anévrisme proéminent dans la région sous-claviculaire. Introduction dans le sac d'un ressort de montre de 2 millimètres, long de 35 centimètres. Dès le lendemain, affaisement de la tumeur, absence d'expansion, suintement, par la piqûre, d'une sérosité sanguinolente. L'anévrisme quelques jours plus tard, ne fait plus de relief. On ne sent de battements, et assez faibles, qu'à la périphérie. A. CARTAZ.

VIII. — Le malade avait subi, trois ans auparavant, pour un anévrisme de l'aorte, accompagné de douleurs très violentes qui empêchaient tout mouvement, le traitement par l'électropuncture; au bout de quatre séances, l'amélioration était telle qu'il se crut guéri et put reprendre son métier de commissionnaire sans éprouver la moindre gêne. Il mourut d'une pneumonie fibrineuse double. A l'autopsie, la tumeur anévrismale adhérait à la paroi thoracique; elle occupait l'aorte ascendante, était sacciforme, du volume d'une grosse orange; la paroi manquait sur une étendue de 4 centimètres de long sur 3 de large, dans le point où la tumeur adhérait à la paroi thoracique; mais cette perforation était obturée par un gros caillot, ferme et adhérent à sa partie externe, de forme sphéroïdale qui occupait la cavité du sac.

GEORGES THIBIERGE.

IX. — Andrew C., 42 ans, présente tous les signes d'un anévrisme du tronc innominé, dont le début remontait à 18 mois.

M. John Ashhurst lia la carotide commune droite, juste au-dessus de l'omohyoïdien; puis l'artère sous-clavière fut liée dans sa troisième portion, en dehors des scalènes. Les incisions furent suturées au fil d'argent; pensement antiseptique ouaté.

Il n'y eut point d'effet immédiat dans l'anévrisme ni de symptômes cérébraux. Le lendemain, la température et la couleur du bras droit étaient normales. Les jours suivants, la tumeur qui existait à la racine du cou diminua peu à peu, durcit, et les pulsations diminuèrent de force; la dyspnée et la dysphagie disparurent. En même temps les signes stéthoscopiques montrèrent la regression de la tumeur, et le fonctionnement à peu près normal du cœur.

Dans ses recherches, l'auteur a trouvé que la ligature double, à distance, *consécutive*, de la carotide et de la sous-clavière, a été pratiquée pour anévrisme innominé 8 fois, avec 3 guérisons et 5 morts. La ligature double, à distance, *simultanée* des deux artères, a été pratiquée 32 fois avec 12 guérisons, 16 morts, et 4 amélioration temporaires. MAUBRAC.

X. — Marin de 52 ans, alcoolique, rhumatisant, non syphilitique, observé en mars 1885. Il se plaint de douleurs abdominales paroxystiques avec hoquet fréquent, signes d'athérome. L'auteur constate un anévrisme de l'aorte abdominale; thrill et bruit systolique à l'épigastre.

Au mois de septembre 1885, le sujet se décide à se soumettre à un traitement; repos au lit dans la position horizontale, application d'un appareil compressif allant de l'épigastre aux genoux, diète sévère. L'appareil gêne le malade, qui ne le supporte que dix jours. Malgré cela, au bout de quatre mois, les battements de l'anévrisme ont disparu. Le malade est très affaibli.

En décembre 1886, l'auteur fait l'autopsie du sujet qui est mort d'hémorragie cérébrale. Il y a deux petits anévrismes, l'un à gauche de l'aorte, juste au-dessus de l'origine du tronc cœliaque, l'autre au-dessus de l'artère rénale droite. Ils sont remplis tous deux de caillots fibrineux durs, en partie adhérents aux parois des sacs; le traitement a donc eu un résultat favorable sur ces anévrismes.

Dans les autres segments de l'aorte, plaques athéromateuses en grand nombre. L. GALLIARD.

XI. — Paysanne de 19 ans, ayant reçu, il y a 2 ans, dans le coude gauche une décharge de menu plomb. Elle était parfaitement guérie de cette blessure, lorsqu'il y a 8 mois, à la suite d'un nouveau traumatisme, se développa un anévrisme artério-veineux. Opération par Czerny. Incision de 15 centimètres partant du pli cubital et remontant le long de la coulisse bicipitale interne. Les veines basitique et médiane ont le volume d'un crayon; double ligature des vaisseaux avec le catgut, au-dessus de l'anévrisme, et section entre les deux ligatures pour enlever le sac anévrismal et la portion attenante des 3 vaisseaux. Le tronçon d'artère humérale extirpé présentait un trou à parois lisses, de 2 millimètres de diamètre, conduisant directement dans la veine médiane qui était soudée entièrement avec l'artère. Immédiatement au-dessus de cet orifice se trouvait, à la face interne de la veine médiane, un trou deux fois plus considérable, menant dans une petite cavité correspondant au sac anévrismal. Ce dernier surtout communiquait avec la veine basitique par un orifice de même dimension. La tumeur pulsatile menait dans les 2 veines et n'était autre qu'un anévrisme variqueux.

Le pouls radial gauche reparut, tout d'abord à peine perceptible, 7 heures seulement après l'opération. La cyanose de la main et de l'avant-bras ne céda que très lentement. La sensibilité ne reparut que le soir du troisième jour. La motilité était aussi complètement abolie jusqu'au matin du deuxième jour, où la femme put faire quelques légers mouvements de pronation et de supination; le même jour, elle commençait à mouvoir le pouce; le quatrième jour, premières traces de motilité dans l'index; enfin le lendemain matin tous les doigts étaient plus ou moins mobiles; 14 mois après l'opération on extrait encore un grain de plomb; sensibilité intacte, mouvements moins énergiques qu'à droite; pouls radial plus faible; légère cyanose susunguéale.

J. B.

I. — The ligation of the larger arteries, par Ch. BALLANGE et Walter EDMUNDS (*Medico chir. Trans.*, *LI*, *p.* 443).

II. — Die Unterbindung der Arteria thyreoidea inferior (De la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure), par von D. DROBNIK (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 3, *p.* 65, 1887).

III. — Three (3) cases of ligature of the external carotid artery, par Joseph-D. BRYANT (*Med. News*, 14 *mai* 1887).

IV. — A case of ligature of the left common carotid... (Perforation de la caro-

tide primitive par une arête, ligature de l'artère), par Walter RIVINGTON (*Medico chir. Trans. LI, p.* 63, 1886).

V. — Zur subcutanen Vertletzung der Arteria poplitea (Sur la rupture sous-cutanée de l'artère poplitée), par Conrad BRÜNNER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, t. XXV, p.* 99-111).

VI. — Ueber Abcessblutungen grosserer Gefässtämme (Sur les perforations des gros troncs vasculaires dans les abcès), par Paul GUETERBOCK (*Ibidem, XXIV, p.* 415-434).

VII. — De la ligature de l'artère fémorale, par A. BÉRARD (*Thèse de Paris,* 1886).

I. — Voici les conclusions de ce travail :

1° On peut sans inconvénient lier une grosse artère dans sa continuité, sans endommager ses parois ;

2° La rupture des tuniques artérielles pendant la ligature est un procédé inutile et dangereux ;

3° Si les parois artérielles sont malades, les avantages de la ligature sans rupture des tuniques sont encore plus évidents : en pareil cas, une ligature aseptique, appliquée sur la paroi, sert à la protéger et rend bien plus efficace l'hémostase, sans danger pour l'avenir ;

4° La formation du caillot ne dépend pas du traumatisme produit par la rupture des parois, mais de la stase sanguine et de l'accolement des parois artérielles ;

5° Les conditions essentielles pour une bonne ligature sont les suivantes :

a) Précaution antiseptique absolue pour assurer la réunion immédiate de la plaie ;

b) La présence d'un lien non irritant et aseptique, tel que le tendon de kanguroo ou le catgut chromique qui reste fort longtemps inaltéré au milieu des tissus vivants ;

c) L'application de la ligature faite de façon à fermer exactement la lumière du vaisseau sans léser en quoi ce soit la paroi artérielle. H. R.

II. — La difficulté de trouver l'interstice de deux faisceaux du muscle sterno-cléido-mastoïdien dans la ligature de la thyroïdienne inférieure pour l'opération du goitre a engagé D. Drobnik à chercher un procédé différent de celui de Langenbeck, de Woelfler, de Velpeau.

La tête du malade étant tournée du côté opposé, on commence l'incision sur le bord externe du muscle à un centimètre et demi au-dessus de la clavicule et on la conduit jusqu'à l'endroit où la jugulaire externe croise le bord externe du muscle ou encore jusqu'au bord inférieur de du corps thyroïde. Dans l'angle inférieur de la plaie, on trouve le muscle omo-hyoïdien ; au-dessous de lui, du tissu cellulo-graisseux et des ganglions. On écarte ce tissu du muscle sterno-mastoïdien et on aperçoit la paroi externe de la jugulaire interne. Alors on porte le muscle et la veine en dedans, on aperçoit le bord interne du scalène antérieur et on cherche l'artère thyroïdienne. On la trouve le plus aisément juste au-dessus du tendon du muscle omo-hyoïdien, où elle forme avec l'artère cervicale ascendante le tronc thyro-cervical ; elle s'en sépare au niveau de la 7e cervicale. BARBE.

III. — Bryant rapporte trois cas dont deux de ligature des deux carotides externes :

1° Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 24 ans, qui, à la suite d'un coup de bouteille sur la tête, vit se développer un volumineux anévrisme cirsoïde temporo-occipital à gauche. Ligature de la carotide externe gauche et de la linguale. Au 10e jour, retour des pulsations. On pratique alors l'ablation de la tumeur, après l'avoir circonscrite au moyen de bandes de caoutchouc et en liant successivement toutes les artères. Guérison définitive.

2° Dans le second cas, la ligature a été faite pour une tumeur maligne du plancher de la bouche et du maxillaire, déjà plusieurs fois opérée. Bryant se décide à lier les deux carotides, en raison du retour de la circulation très rapide par voies anastomatiques en ne liant que d'un côté. Ligature de la carotide, on ne trouve pas la linguale. Le malade meurt le 9e jour d'hémorragie venant du fond de la tumeur ulcérée. Il existait une anomalie de la linguale et de la faciale à droite.

3° Même ligature double chez un autre malade porteur d'une tumeur maligne. L'opération semble avoir arrêté les progrès de la tumeur, mais le malade fut perdu de vue.

Bryant discute les indications de la ligature de l'artère carotide et les conditions dans lesquelles elles doit être pratiquée d'un ou des deux côtés. A. C.

IV. — Un enfant de 9 ans avale une arête de poisson. Sa mère le fait immédiatement vomir : malgré cela la douleur persiste : il consulte un médecin qui ne constate rien d'appréciable, passe sans difficulté une sonde, et ne le reçoit pas à l'hôpital. Il s'y représente deux jours plus tard, avec de la fièvre, de l'œdème des paupières, une salivation profuse, une dysphagie très douloureuse. Huit jours après l'accident, la voix devient enrouée, et l'enfant commence à cracher du sang. Le surlendemain survient une hémorragie de sang artériel. Le cou est toujours très gonflé et douloureux. On diagnostique une lésion de l'artère carotide gauche par l'arête de poisson avalée, et l'on décide l'opération. Incision le long du sternomastoïdien : on tombe sur une cavité remplie de caillots, où les organes sont méconnaissables. Après avoir enlevé succesivement les caillots, on distingue l'artère carotide, qui donne un jet de sang, et on lie le vaisseau au-dessus et au-dessous du point lésé : il est facile d'extraire alors l'arête de poisson. L'artère est ensuite sectionnée entre les deux ligatures, mais dans ce temps de l'opération le pneumogastrique est lésé. L'enfant succombe dix jours après l'opération, présentant une hémiplégie droite. L'autopsie fait voir des foyers de ramollissement rouge et deux abcès au niveau de l'hémisphère gauche, dans la région fronto-pariétale. Il n'y avait de pus ni dans l'artère carotide, ni dans l'oreille, non plus que dans les sinus.

L'auteur fait suivre cette observation de réflexions concernant les accidents produits par les corps étrangers de l'œsophage, et y joint un appendice important dans lequel sont relatés tous les cas connus de perforations vasculaires survenues dans ces circonstances. H. R.

V. — Brünner rapporte quatre observations de cette lésion, observées à la clinique de Zurich. La cause de la rupture fut, dans le premier cas, une luxation du tibia en avant, dans le second, une luxation de cet os en avant et en dedans, dans le troisième, une hyperextension du genou, dans la quatrième enfin, une chute sur le genou. Dans ce dernier cas, il n'y eut d'abord qu'une rupture incomplète et les accidents n'éclatèrent que cinq semaines plus tard.

La conséquence de cet accident fut dans tous les cas la formation d'un anévrisme diffus traumatique et la gangrène de la jambe qui nécessita

l'amputation de la cuisse ou la désarticulation du genou. La structure de la région explique la gravité spéciale de cette rupture, parce que l'infiltration s'étend rapidement et empêche l'établissement de la circulation collatérale. La meilleure conduite à tenir est la ligature de l'artère au point blessé faite aussitôt que possible, avec une large incision permettant l'évacuation du sang infiltré. Dans les cas que rapporte Brünner, il n'était plus temps de faire la ligature, à cause de l'établissement de la gangrène. MAURICE HACHE.

VI. — Gueterbock admet pour la généralité des cas de perforation vasculaire dans les cavités d'abcès l'existence d'une lésion parfaitement circonscrite et non traumatique de la paroi vasculaire. Cette lésion est quelquefois multiple, mais ne s'accompagne même pas alors d'altération des tuniques vasculaires dans les points intermédiaires. La marche de cette lésion se fait constamment de dehors en dedans et la tunique interne finit par se trouver à nu ; souvent, un traumatisme, un effort, le changement de tension dû à l'ouverture de l'abcès complète brusquement la perforation et détermine l'hémorragie.

Celle-ci peut se produire, quoique rarement, dans la cavité de l'abcès avant son ouverture. L'aspect spécial de la perforation permet encore, dans ces cas, de démontrer qu'il ne s'agit pas d'une blessure faite par le bistouri du chirurgien.

Comme traitement, le tamponnement antiseptique de la plaie est une méthode précieuse qui permet de parer aux accidents immédiats, mais elle suffit rarement à réaliser l'hémostase définitive quand la perforation intéresse un vaisseau artériel. MAURICE HACHE.

VII. — Voici la statistique que présente l'auteur, avec sommaire clinique et indications bibliographiques :

1° 70 ligatures de la fémorale pour anévrismes poplités ont donné 7 décès, soit 10 0/0 ;

2° 22 ligatures pour anévrismes spontanés de la crurale ont donné 4 décès, soit 18 0/0 ;

3° 16 ligatures pour anévrismes diffus traumatiques et plaies de la crurale ont donné 2 décès, soit 13 0/0.

Ces statistiques sont, la première, postérieure à 1870 ; les deux dernières postérieures à 1872. MAUBRAC.

Mittheilung einer Operation ... (Aiguille dans le ventricule droit ; tentative d'extraction), par STELZNER (*XVIe cong. des chirurg. allemands*, 1887).

L'aiguille avait été introduite dans un but de suicide. Douze heures après survinrent des douleurs et de l'oppression, en même temps que se manifestait un bruit interne à la pointe du cœur. Au bout de 36 heures survinrent des symptômes si graves qu'il fallut immédiatement opérer. On ne trouvait aucune trace de l'aiguille. Résection de la 5e côte : ouverture accidentelle de la plèvre. Le péricarde étant incisé, on sent l'aiguille obliquement piquée dans le ventricule droit. Avec deux doigts glissés sous le cœur, on repousse l'aiguille de manière à la faire saillir en avant. Mais l'irrégularité et la violence des battements du cœur empêchent de la saisir; et tout à coup elle disparait dans le sillon du cœur en prenant une direction verticale : il était dès lors impossible de tenter de nouvelles recherches. Un tampon iodoformé fut aspiré dans la plèvre et ne put être retrouvé. La plaie fut tamponnée, et

malgré un hydropneumothorax le malade a guéri. Aujourd'hui il est en parfaite santé ; et on ne perçoit plus aucun bruit anormal dans la région du cœur.

Hahn présente une moitié d'épingle qui a été extraite du cœur par Bergmann. L'extraction fut faite très lentement pour permettre au sang de se coaguler dans la petite plaie et éviter l'hémorragie dans le péricarde. Immédiatement après l'extraction, le pouls qui était désordonné tomba à 90 pulsations.

PIERRE DELBET.

Considérations à propos d'une fracture insolite du crâne (fracture par contre-coup), par P. BERGER et Mlle KLUMPKE (*Revue de chirurgie*, *n°* 2, *p.* 1, 1887).

Chute sur la tête. Fractures de la base du crâne. Aphasie motrice, type Bouillaud-Broca. Pas de surdité verbale. Pas de cécité verbale (?). Conservation de l'intelligence et de la mimique. Constriction des mâchoires. Égalité pupillaire. Agitation. Pas de paralysie des membres ou de la face. Pas de spasmes, de convulsions ou de contractures des membres, de la face ou des yeux. Pas de respiration stertoreuse ni de coma. Congestion pulmonaire. Mort rapide.

Autopsie. — Quatre traits de fracture distincts. Fracture transversale de l'étage moyen droit. Fractures transversales de l'étage antérieur droit et gauche. Fracture perpendiculaire du rocher droit. Rupture de la branche antérieure de la méningée moyenne. Épanchement sanguin sous-dure-mérien, formant tumeur, occupant l'étage moyen droit de la base du crâne, et comprimant la face inférieure du lobe sphénoïdal. Hémorragie cérébrale en foyer dans le faisceau pédiculo-pariétal inférieur gauche, avec déchirure de l'écorce et petit épanchement sous-pie-mérien. Intégrité absolue de la circonvolution de Broca, du pli qui la relie à la circonvolution frontale ascendante, du lobule de l'insula, de la région rétro-insulaire et des faisceaux blancs sous-jacents. Intégrité des noyaux gris centraux, de la capsule interne des pédoncules cérébraux, du bulbe, de la protubérance et du cervelet.

Les auteurs résument la discussion des particularités de cette observation dans les conclusions suivantes :

« 1° Il existe des fractures indépendantes de la base du crâne, produites à grande distance du point d'application de la violence extérieure sur le crâne ;

« 2° Ces fractures occupent de préférence les bosses orbitaires, les petites ailes du sphénoïde et la lame criblée ; elles peuvent aussi intéresser le rocher ;

« 3° Elles paraissent résulter du mécanisme assigné par Perrin aux fractures du crâne par contre-coup ;

« 4° Les épanchements sanguins, situés entre la dure-mère et le crâne que détermine la rupture de l'artère méningée moyenne au niveau d'une fracture, peuvent occuper la région inférieure de l'étage moyen du crâne, et ne s'accompagner d'aucun signe de compression cérébrale, même lorsqu'ils atteignent un volume considérable ;

« 5° On peut observer, consécutivement à un traumatisme un foyer d'hémorragie en pleine substance cérébrale, produit par contre-coup au point opposé à celui sur lequel a porté la violence, sans qu'il soit possible d'invoquer le déplacement du liquide céphalorachidien comme cause de sa production ;

« 6° Dans les traumatismes cérébraux récents et considérables, il peut exister une aphasie parfaitement caractérisée, sans qu'il y ait de lésions

appréciables de la circonvolution de Broca, du pied de cette circonvolution de l'insula;

« 7° On ne peut donc, en cas de traumatisme récent ayant porté sur le crâne, se fonder exclusivement, ni même principalement sur ce symptôme pour affirmer l'opportunité de la trépanation et pour déterminer le lieu d'application de l'instrument. » C. WALTHER.

Report of a case of cyst of the brain, operation, par Graeme M. HAMMOND (*N. York neurolog. Soc.*, 5 *avril* 1887).

Femme de 29 ans. Cinq enfants bien portants. Pas de syphilis. Début par une céphalée sus-auriculaire, puis de la paralysie faciale gauche. Progressivement survient de la paralysie motrice du bras, puis de la jambe, en même temps, 4 à 5 crises épileptiques. Pas de troubles de la sensibilité. Réflexes exagérés des deux côtés. Vue, audition, goût, odorat normaux. Diagnostic, tumeur cérébrale. H... refuse une opération. Sur les instances du mari, on la pratique le 20 mars. Quatre rondelles de trépan sont enlevées avec l'électro-ostéotome. Incision cruciale de la dure-mère. On plonge sur différents points une aiguille hypodermique, on ne retire aucun liquide. La dure-mère est suturée. Mort 24 heures après.

A l'autopsie, on trouve un épaississement de la région corticale et dans la zone motrice trois kystes contenant un liquide séreux. A. C.

Beitrag zur Statistik der Hasenschartenoperationen (Statistique d'opérations de bec-de-lièvre), par K. EIGENBRODT (*Berlin. klin. Woch.*, 7 *février* 1887).

En 3 ans (1882 à 1885), Trendelenburg a opéré, à la clinique de Bonn, 55 cas de bec-de-lièvre par la méthode de Mirault un peu modifiée; les petits opérés étaient âgés en général de 3 à 6 mois. Eigenbrodt a pu se procurer des renseignements ultérieurs sur 44 d'entre eux qui se décomposent de la façon suivante : 15 cas de bec-de-lièvre simple uni- ou bilatéral dont 1 seul a succombé 6 mois après l'opération, à la suite d'une scarlatine; 21 de bec-de-lièvre compliqué unilatéral (1 chez l'adulte), avec deux décès : l'un de cause inconnue, 17 semaines après l'opération (enfant de 3 mois), l'autre par convulsions au bout de 15 mois; et 8 cas de bec-de-lièvre compliqué bilatéral, avec 4 décès sur 5 enfants opérés avant l'âge de 1 an.

La statistique de Trendelenburg fournit ainsi une mortalité totale de 7 opérés sur 44, soit 16, 3 0/0, chiffre le plus favorable qui ait été publié jusqu'ici (Billroth 37, 8 0/0; Rose 29, 5; Fischer 47, 3; Czerny 50; Kœnig 33, 3; Maas 30; Bruns 35, 9). J. B.

Abcès sous-lingual consécutif à la carie d'une dent de sagesse, par WEISS (*Bull. de la Soc. de chir.*, *XIII*, *p.* 52-57, 1887).

Jeune homme de 24 ans. Carie de la dent de sagesse inférieure gauche. Phlegmon ayant envahi la région sous-maxillaire. Gêne considérable de la déglutition. Trismus invincible. Volume énorme de la langue. Phlegmon sus-hyoïdien d'un sterno-mastoïdien à l'autre, dur, sans altération notable de la peau ni douleur limitée. Respiration facile.

Weiss diagnostique une ostéo-périostite de la branche montante avec phlegmon profond de la région sus-hyoïdienne de siège obscur; une heure après une injection de morphine, collapsus complet, asphyxie; trachéotomie et rétablissement de la respiration par titillation de la trachée.

Le lendemain, incision médiane du menton à l'os hyoïde qui fait découvrir

à 4 ou 5 centimètres de profondeur, au-dessous du mylo-hyoïdien, un abcès du volume d'une noisette, siégeant au milieu des muscles de la langue, non loin de l'épiglotte. 24 heures après seulement incision large du foyer de périostite déjà ouvert dans la bouche depuis 48 heures.

Guérison en 3 semaines, complétée par l'extraction de la dent de sagesse avec le pied de biche, ce qui fait disparaître le trismus.

Ces abcès sous-linguaux sont absolument exceptionnels, il n'en existe que 7 à 8 observations. MAURICE HACHE.

Some remarks on hypertrophy of the tongue (lingua vituli, lingua propendula, macroglossia), par Thomas J. DUNOTT (*American surg. Assoc.*, 12 *mai* 1887).

Jeune fillette de 12 ans, entrée le 6 janvier à l'hôpital d'Harrisbury. La langue est pendante de 3 pouces en dehors de la bouche, elle est parsemée de plaques par exfoliation de la muqueuse, et de fissures et donne une abondante sécrétion purulente. Sa consistance est comme cartilagineuse. Circonférence, 9 pouces 3/4 ; largeur maximum, 4 pouces 3/4. Cet état est survenu depuis 2 mois sans cause connue. La déglutition des liquides est seule possible, et pendant quelques jours on fut obligé de recourir aux lavements nutritifs. Résection, en cône, de la langue avec les ciseaux, après ligature des artères ranines. Guérison. L'examen fit constater que la masse était composée en grande partie par des vaisseaux lymphatiques dilatés, par un accroissement du tissu connectif et quelques fibres musculaires striées.

M. Tiffany rapporte l'observation d'un jeune enfant nègre de 5 ans ; la lésion était congénitale. Résection avec le cautère Paquelin. Guérison.

A. CARTAZ.

I. — Die Œsophagotomie bei Fremdkörpern (Œsophagotomie pour corps étrangers), par Georg FISCHER (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p.* 565).

II. — Gastrostomie, par LORETA (*Gaz. d. Ospitali*, 23 *février* 1887).

III. — Zur Resectio Pylori, par WOELFLER (*XVI*e *Cong. des chir. allemands*).

IV. — *Idem*, **par STETTER** (*Ibidem*).

V. — *Idem*, **par RYDYGIER** (*Ibidem*).

VI. — Zur operativen Behandlung der Pylorusstenose, par MIKULICZ (*Ibidem*).

VII. — *Idem*, **par PETERSEN** (*Ibidem*).

VIII — Extirpation d'un cancer du pylore, par SOCIN (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *octobre* 1886).

IX. — Demonstration zahlreicher durch gleichzeitiger... (Extirpation de corps étrangers de l'estomac et de l'intestin), par STELZNER (*Arch. f. klin. Chir.*, *XXXV*).

X. — Un cas de gastroentérostomie, par HAHN (*XVI*e *Cong. des chir. allem.*)

XI. — Die Gastroenterostomie, par ROCKWITZ (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p.* 502).

I. — Fischer a réuni 80 cas d'œsophagotomie pour corps étrangers dont il résume les principaux détails. Sur ces 80 cas, il y a 2 résultats douteux et 16 morts, 20 0/0. Fischer conclut à ce sujet, après discussion, que l'œsophagotomie est en elle-même une opération extrêmement peu dangereuse pour la vie, et que la mort est le plus souvent due au retard apporté à son exécution.

Pour les corps étrangers récents, si les manœuvres d'extraction par

les voies naturelles et le refoulement dans l'estomac échouent, on doit les renouveler le lendemain après avoir laissé reposer le malade et, en cas de nouvel échec, pratiquer séance tenante l'œsophagotomie.

Pour les corps étrangers datant de quelques jours, l'œsophagotomie doit être faite après une seule tentative d'extraction ou de refoulement. On doit opérer d'emblée si la nature du corps étranger rend les tentatives d'extraction dangereuses ou s'il y a de l'infiltration du cou.

Fischer étudie en détail le manuel opératoire de l'œsophagotomie et les complications qu'elle peut présenter. Il recommande la suture de l'œsophage quand ses parois sont saines, et pose en règle qu'avec ou sans suture le malade doit avaler des liquides au bout de quelques heures et qu'il ne doit pas être nourri avec la sonde œsophagienne.

MAURICE HACHE.

II. — Gastrostomie pratiquée chez une jeune femme, qui avait avalé, dans un but de suicide, une quantité d'aiguilles. Les douleurs étaient intenses. On en eut l'explication en voyant que plusieurs aiguilles avaient traversé l'estomac et venaient s'enfoncer dans le lobe du foie. On en enleva quelques-unes ; les autres se cassèrent dans l'extraction. Guérison complète. Disparition des douleurs. A. G.

III. — Wölfler montre une pièce provenant d'une malade, qui a succombé cinq ans après la résection, sans récidive locale. L'estomac avait la forme et son volume normal. A la face externe, la cicatrice n'était pas visible. Le point de réunion de l'estomac avec le duodénum était perméable au doigt. Au niveau de la suture circulaire, la muqueuse faisait un pli haut de 4 millimètres. L'examen microscopique a montré qu'il y avait une restauration des tissus presque parfaite.

IV. — La guérison de l'opérée, qui était une femme de 35 ans, a été retardée par la formation d'un abcès sous la paroi abdominale. Il restait encore une petite fistule, lorsque la malade a été perdue de vue.

Stetter insiste sur deux détails opératoires. Après avoir attiré au dehors la partie malade, il a placé sur la paroi deux sutures, qui lui ont permis de réduire beaucoup la plaie pariétale et d'éviter plus sûrement la pénétration des matières intestinales dans le péritoine. En outre, il a réséqué complètement la portion à enlever avant de placer une seule suture. Cette manière de faire lui a permis d'explorer la muqueuse et de reconnaître la présence d'une infiltration qui s'étendait jusqu'à 1 centimètre et demi de la section. Cette portion a été enlevée, ce qui a porté à 9 centimètres l'étendue du tronçon réséqué.

V. — La pièce provient d'une malade qui a survécu deux ans et demi à la résection faite pour un carcinome. Il y a eu récidive locale sans généralisation.

L'une des malades de Rydygier, opérée il y a six ans pour un ulcère, est en très bonne santé. Une autre était encore très bien portante trois ans après l'opération. Depuis on n'a pu avoir de ses nouvelles.

Dans les cas de perforation, la mort à bref délai étant inévitable, c'est un devoir de faire la laparotomie, de réséquer et de suturer les bords de l'ulcère.

VI. — Mikulicz a refait l'opération d'Heinecke sans la connaître. Chez une femme de 20 ans, il a fendu le rétrécissement suivant la longueur, et réuni en travers les lèvres de l'incision. La malade a succombé le troisième jour : elle était épuisée par d'abondantes hématémèses. L'ulcère qui les causait s'enfonçait jusque dans la substance du pancréas ; il fut cautérisé au fer rouge.

Après l'opération, les hémorragies ne se sont pas reproduites. On a pu constater à l'autopsie que les dimensions du pylore étaient normales.

VII. — Il s'agit d'une femme de 46 ans. Ovariotomie double, le 30 juillet 1886. Le 15 septembre, résection du pylore. La malade, complètement guérie, succomba six semaines après sans qu'on puisse se rendre compte de la mort.

Il n'y avait aucune trace de récidive.

Petersen fait remarquer qu'avant l'opération, le suc gastrique contenait de l'acide chlorhydrique.

Kocher a fait deux résections de pylore. Des deux malades, l'un est mort six mois, l'autre trois ans après l'opération. Le premier avait présenté des symptômes de sténose et on a trouvé à l'autopsie un rétrécissement cicatriciel. Si ce genre de rétrécissement devenait plus fréquent, il faudrait avoir recours à la gastro-entérostomie.

Hahn ne croit pas que le danger soit grand de voir se former un rétrécissement cicatriciel à la suite de la résection du pylore. Il ne l'a jamais observé.

Lauenstein a opéré un homme de 35 ans, qui est mort de pneumonie cinq mois après. Il n'y avait pas trace de rétrécissement, mais une récidive locale sans généralisation.

Wölfler n'a jamais observé de rétrécissement cicatriciel à la suite de la résection du pylore. Un malade de Billroth, opéré depuis trois ans, est en parfaite santé. Le rétrécissement qu'a observé Kocher tient sans doute à sa manière de faire la suture. Quant à la gastro-entérostomie, elle expose bien davantage au rétrécissement. Il faut la réserver pour des cas particuliers. PIERRE DELBET.

VIII. — Socin présente une femme opérée il y a quinze jours d'un cancer du pylore; seule la cicatrisation de la plaie pariétale n'est pas encore terminée. Il s'agissait d'une tumeur tout à fait au début et il manquait quelques-uns des symptômes les plus caractéristiques du cancer de l'estomac tels que vomissements, constipation, hémorragies ; en revanche, la palpation permettait de reconnaître, à gauche de l'ombilic, une tumeur dépendant de l'estomac. Le suc gastrique ne renfermait point d'acide chlorhydrique. L'opération montra qu'on avait réellement affaire à une tumeur pylorique qu'on enleva ainsi que les ganglions. Guérison sans la moindre fièvre ni réaction. Le premier jour, diète absolue; le lendemain, lait glacé; au bout de 3 jours, œufs et au bout de 11 jours viande. Antérieurement la malade avait déjà subi deux opérations graves (extirpation de l'utérus, calcul vésical). J. B.

IX. — Un prisonnier, dans le but de se suicider, avait avalé plusieurs morceaux de bois longs de 4 à 9 centimètres, et épais de 3 à 4, et une manchette de caoutchouc déchirée en deux. Vingt-trois jours après, l'auteur fit une laparotomie, et, ayant ouvert l'intestin, il extirpa un certain nombre de corps étrangers. Mais, ayant constaté qu'il y en avait d'autres dans l'estomac, il referma la plaie abdominale, et séance tenante il fit une gastrostomie et c'est la première fois qu'on pratique dans la même séance une entéro et une gastrostomie. Le malade a parfaitement guéri. Quelque temps après, la présence d'un autre corps étranger ayant été reconnue, la partie inférieure de la cicatrice ancienne fut incisée, et l'anse intestinale étant ouverte, le corps étranger fut encore extrait. Dix jours après, la guérison était complète.

X. — On avait diagnostiqué un rétrécissement du pylore. Au cours de l'opération, on constata la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, qui fut considérée comme un carcinome. Les adhérences ne permettant pas de l'extirper, on fit une gastro-entérostomie.

Les suites furent fort simples; et le malade est en parfaite santé depuis

deux ans, si bien qu'il faut douter de la nature carcinomateuse de la tumeur.

Hahn déclare, en s'appuyant sur de nombreuses recherches cadavériques, qu'il est toujours facile de trouver le commencement du jéjunum. Pour cela, après avoir ramené en haut l'épiploon et le côlon, on introduit l'index et le pouce jusqu'à la partie du pancréas qui est appliquée contre la colonne vertébrale juste au-dessous, on trouve la première anse jéjunale, qui se dirige de droite à gauche. PIERRE DELBET.

XI. — Les 21 gastro-entérostomies publiées jusqu'ici et faites 17 fois pour des rétrécissements cancéreux et 4 fois pour des rétrécissements cicatriciels du pylore ou du duodénum ont donné 9 guérisons, dont 6 chez des cancéreux. La mortalité est donc de 57, 2 0/0 pour l'ensemble des gastrostomies et de 64, 7 0/0 pour les cas de cancer.

Rockwitz rapporte 8 nouveaux cas opérés par Lücke, auxquels il en joint un du même chirurgien publié déjà par Fischer. Ces 9 cas n'ont donné aucun décès opératoire, une seule malade est morte le 14e jour de pneumonie et d'inanition, dit l'auteur, mais surtout, d'après son observation d'obstruction intestinale.

Il s'agissait 7 fois de cancer, 1 fois de rétrécissement cicatriciel du pylore et 1 fois d'un diagnostic douteux. Cette dernière malade opérée depuis 18 mois, va très bien. L'opéré de rétrécissement cicatriciel débarrassé de ses douleurs stomacales, est atteint de tuberculose pulmonaire. Pour les cancers, la mort est survenue, sans parler de celle du 14e jour, une fois au bout de 14 mois, trois fois au bout de 6 de 4 et de 3 mois. Deux malades opérés depuis 11 mois et 1 mois sont encore en vie et ne souffrent plus.

Dans tous ces cas, la résection du pylore était impraticable. Tous ces malades se rétablirent très vite et la plupart n'éprouvèrent plus aucune douleur après l'opération. Chez plusieurs d'entre eux, des phénomènes d'obstruction nécessitèrent l'emploi de la pompe stomacale.

La gastro-entérostomie ne doit pas prendre la place de la résection du pylore. Cette dernière est toujours préférable en cas de cancer, mais elle n'est praticable avec des chances suffisantes de succès que pour les cancers très limités et sans adhérences ou avec des adhérences très faciles à détacher; dans le plus grand nombre des cas, il faudra, après laparotomie exploratrice, se résoudre à l'intervention palliative dont Rockwitz étudie avec soin les indications et le manuel opératoire.

MAURICE HACHE.

I. — A contribution to hepato-phlebotomy, par Howard A. KELLY (*Med. News*, 4 *juin* 1887).

II. — Traumatische Gallencyste (Kyste biliaire traumatique), par RATJEN (*Soc. des méd. de Hambourg*, 28 *décembre* 1886).

III. — Case of biliary colic with jaundice of two years'duration ; exploratory operation, par PRINGLE (*The Lancet*, 4 *décembre* 1886).

IV. — The surgical treatment of diseases of the gall-bladder (Vésicule biliaire), par Justus OHAGE (*Med. News*, 19 *février* 1887).

V. — Traitement des kystes hydatiques du foie par la canule à demeure, suivie à bref délai de l'incision antiseptique, par L. BOUVERET (*Lyon méd.*, 17 *avril* 1887).

VI. — Gall-stones in the peritoneal cavity (Calculs biliaires dans le péritoine) par R.-T. MORRIS (*New York med. journ., p.* 319, 19 *mars* 1887).

VII. — Laparotomie pour un kyste du foie, par TRÉLAT (*Bull. Soc. de Chir., XIII, p.* 57-60).

VIII. — Kyste hydatique de la face convexe du foie, traité et guéri par l'ouverture large avec excision partielle de ses parois, par LANDOUZY et SEGOND (*Ibidem, XIII, p.* 236-245).

IX. — Ueber Operationen an der Gallenblase (Cholécystotomie et cholécystectomie), par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch., n°* 7, *p.* 118, 14 *février* 1887).

I. — Kelly propose, dans les cas de cirrhose avec ascite, de vider le liquide péritonéal par la laparotomie, au moyen d'une courte incision sur la ligne blanche, d'explorer ensuite le foie, et, dans le cas où il serait turgescent, de faire dans le tissu hépatique une fine ponction pour retirer une petite quantité de sang. Il mit son procédé à exécution chez un malade, mais il trouva le foie rétracté, atrophié, et se contenta de vider le liquide ascitique.

Cette méthode diffère un peu de celle de Harley (voy. *R. S. M.*, XXIX, 659), qui ponctionne le foie directement à travers les téguments.

A. C.

II. — Un écolier de 15 ans tombe sur le côté, et les livres qu'il portait compriment violemment, dans la chute, l'hypocondre droit. Le lendemain, 22 mars, on constate des signes de péritonite légère ; au bout de huit jours, l'enfant retourne à l'école, et, plus tard, se plaint seulement d'avoir des vêtements trop serrés.

Le 8 août, on découvre que l'abdomen est presque complètement rempli par un grand kyste qui paraît tenir au foie. On le ponctionne le 26 août, et on obtient 3,400 grammes de liquide jaune clair sans éléments figurés, sans crochets : c'est de la bile très limpide. Deux jours plus tard, la ponction fournit une quantité égale de liquide plus foncé, verdâtre, et, comme on introduit dans le kyste une sonde de Nélaton, on évacue tous les jours son contenu : 1,800, 650, 600 grammes. Le 31, décoloration des matières. Le 4 septembre, ictère; l'écoulement s'arrêtant, on introduit une sonde plus grosse, et l'on obtient 2 litres. L'ictère disparaît au bout de deux jours. Dès lors, la quantité de bile diminue progressivement. A la fin de septembre, elle est réduite à 50 grammes par jour. La plaie se ferme. Au commencement d'octobre, l'enfant est guéri et retourne à l'école. L. GALLIARD.

III. — Femme de 55 ans, très rhumatisante, atteinte depuis deux ans de coliques hépatiques avec ictère. Tuméfaction marquée du foie, sans tumeur biliaire appréciable. Laparotomie exploratrice : on trouve la vésicule affaissée et presque vide, et on sent un gros calcul enclavé dans les voies biliaires au niveau du hile du foie ; on fait de vains efforts pour l'extraire par la vésicule incisée à cet effet; on n'arrive pas à lui faire parcourir le canal cystique, au delà duquel il semble fixé. L'extrême petitesse de la poche biliaire ne permettant pas de la suturer aux parois abdominales, on la résèque après ligature, et on abandonne le moignon dans le ventre. La malade meurt dans le collapsus le troisième jour. A l'autopsie, on trouve le canal hépatique et le canal cholédoque considérablement dilatés, renfermant un calcul de la grosseur et de la forme d'une balle de fusil; canal cystique très étroit; foie augmenté de volume et manifestement cirrhotique avec dilatation générale des voies biliaires. H. BARTH.

IV. — Relation de deux opérations : l'une de taille biliaire, l'autre d'ablation de la vésicule.

Dans le premier cas, la malade, âgée de 42 ans, souffrait depuis une vingtaine d'années. Dans les derniers temps, les douleurs avaient pris un caractère d'acuité intolérable. Amaigrissement profond, teinte ictérique ; urine bilieuse, fèces décolorées. Tumeur du volume du poing dans la région hépatique. On diagnostique une cholélithiase avec occlusion des conduits par un calcul. Cholécystotomie en deux temps par suite des difficultés créées par des adhérences inflammatoires. En essayant de dégager ce qui semblait être la vésicule, l'hémorragie devint si abondante qu'on dut suspendre l'opération. Le péritoine fut suturé à la paroi, et, huit jours plus tard, les adhérences étant solides entre la partie inférieure de la plaie et la masse représentant la vésicule, Ohage ouvrit celle-ci, en retira une demi-pinte de pus et quarante et un calculs, plus un gros calcul engagé dans le calcul cholédoque, et qu'on dut briser par fragments. Guérison.

Dans le second cas, la malade, âgée de 35 ans, souffrait d'accidents de cholélithiase depuis trois ans. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une vésicule à parois épaisses excessivement distendue; on sentait un gros calcul obstruant le canal cystique. Une douce pression externe dégagea ce calcul, le conduit fut lié avec de la soie phéniquée. La vésicule fut ponctionnée, un liquide séreux évacué ; on extirpe alors la vésicule qui contient cent trente-cinq calculs. Guérison. A. CARTAZ.

V. — Enfant de 16 ans, porteur d'un volumineux kyste hydatique du foie débordant l'ombilic. Le 6 décembre, ponction capillaire ; issue de quelques gouttes de liquide avec des crochets d'échinocoques. Le 13 décembre, nouvelle ponction capillaire aussi infructueuse. Le 20 décembre, ponction avec un gros trocart de 1 centimètre ; issue d'une grande quantité de liquide purulent, avec 30 à 40 hydatides. Lavages antiseptiques au chlorure de zinc et à l'eau alcoolisée.

Au bout de huit jours, le foyer se détergeant mal, Bouveret fait, sur le trajet de la canule, une longue incision qui permet de vider complètement la poche. Drainage. Pansement antiseptique. Au bout d'un mois, il ne restait qu'une fistule, qui se fermait le 12 février. Le kyste avait une capacité d'un litre et demi et renfermait 100 à 150 hydatides.

Bouveret estime que le procédé opératoire qu'il a suivi dans ce cas doit être le procédé de règle pour les kystes qui ont des rapports assez étendus avec la paroi abdominale antérieure. La ponction capillaire (1er temps) peut suffire; à défaut, ponction avec un gros trocart (2e temps) qui assure les adhérences et amène souvent l'issue complète des poches et du contenu du kyste ; enfin, en cas d'insuccès (3e temps), l'incision large avec antisepsie. La laparotomie doit être une opération d'exception.

A. C.

VI. — Une femme de 52 ans, atteinte depuis treize ans de lithiase biliaire, porte une tumeur adhérente à la paroi abdominale, sur la ligne médiane, entre l'ombilic et le pubis, tumeur qui fournit par une fistule une certaine quantité de pus et de liquide clair. Cette tumeur est attribuée à l'ovaire ou à la trompe droite. Signes de péritonite.

Laparotomie. On reconnaît que la tumeur est indépendante des organes génitaux ; on l'isole de la masse intestinale et de la paroi de l'abdomen. Dans une cavité qu'elle renferme, on trouve six calculs biliaires d'inégale grosseur. Le chirurgien introduit le doigt en arrière de la tumeur et rompt le canal cholédoque, d'où s'échappe du liquide biliaire. Cela nécessite la toilette de l'intestin et du péritoine.

Suture de la plaie abdominale. Guérison en onze jours. L'opérée conserve une fistule biliaire très petite. L. GALLIARD.

VII. — Homme de 40 ans. Volumineux kyste hydatique du foie. Laparotomie. Évacuation de 2 litres de liquide. Pas de résection, à cause de l'adhérence de la poche au tissu du foie. Le malade était en très bonne voie, quand, au quarante-septième jour de la cure, il contracta une pleurésie qui l'emporta en trente-cinq jours. Le kyste était réduit au volume d'un œuf et ne communiquait en aucune façon avec la plèvre.

VIII. — Enfant de 15 ans. Gros kyste hydatique de la face convexe du foie. Vomique abondante le 10 août. Bientôt après, l'état général annonçait la suppuration du kyste. Opération le 28 août. L'incision parallèle aux fausses côtes mène sur la substance hépatique, d'aspect normal, sans adhérences, dont il faut traverser une épaisseur de plus d'un centimètre pour ouvrir le kyste, dont il sort une cuvette de vésicules hydatiques baignant dans un liquide séro-purulent. La poche formant un cul-de-sac au-dessous de l'incision abdominale, Segond résèque des parois kystiques et du tissu hépatique qui les recouvre une quantité égale à l'étendue des deux mains. Suture des lèvres de l'incision hépatique à la peau. Lavage. Drainage avec quatre gros tubes longs de 15 centimètres. Pansement iodoformé.

Pendant six semaines, toute la bile est évacuée par la fistule. Au bout de cinq mois, malgré un érysipèle avec accidents pulmonaires graves, le malade sort à peu près guéri, ne gardant qu'une petite fistule entretenue par une adhérence des téguments au rebord costal, et définitivement fermée au mois de mai. MAURICE HACHE.

IX. — Langenbuch présente une femme à qui il a pratiqué, il y a quinze jours, l'ablation de la vésicule biliaire, pour des coliques hépatiques dont elle souffrait depuis neuf ans. C'est la treizième opération de cholécystectomie faite par Langenbuch depuis cinq ans ; il n'a perdu que 2 opérés.

Dans 2 cas d'obstruction chronique du canal cholédoque avec cholécystite, Langenbuch s'est contenté d'une simple cholécystotomie, afin de donner issue au mélange de pus et de bile qui déterminait les accès pernicieux. Chez la première de ces femmes, il avait eu l'intention de pratiquer la cholécystectomie. Mais l'incision exploratrice lui montra que la vésicule biliaire était de toute part intimement adhérente.

Chez les deux malades, à la suite de l'opération, le cours de la bile dans l'intestin s'est rétabli. J. B.

I. — Ueber parenchymatöse Injection von Solutio arsenicalis Fowleri in einen leukämischen Milztumor (Rate leucémique), par MOSLER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 13, *p.* 213, 1886).

II. — Splenectomy for vandering spleen (Rate flottante), par H. MYERS (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, *p.* 371, 2 *avril* 1887).

I. — La splénotomie est absolument contre-indiquée dans la leucocythémie. L'auteur a déjà recommandé les injections intraspléniques de liqueur de Fowler (*R. S. M.*, XIX, 138). Pour éviter les accidents, il faut choisir des sujets dont la rate soit dure, et qui n'aient encore ni tendance aux hémorragies, ni symptômes de cachexie; les injections intraspléniques doivent être précédées et suivies d'applications de glace. Avant le traitement, il convient de donner au malade pendant quelques semaines un des médicaments qui agissent sur les éléments contractiles de la rate : la quinine, la pipérine, l'eucalyptus.

L'auteur a traité avec succès un briquetier de 56 ans, leucocythémique (les globules blancs sont aussi nombreux que les rouges) avec hypertrophie splénique énorme. 21 injections en deux mois. La rate a diminué notablement. L'état général est meilleur. L. GALLIARD.

II. — En novembre 1885, Myers fut appelé auprès d'une femme qui avait une tumeur dans l'hypocondre gauche, et porta le diagnostic de rate hypertrophiée par malaria. Traitement : quinine et iodure de potassium. En mai 1886, la tumeur avait augmenté, était plus basse dans l'abdomen, et la femme était enceinte. En novembre 1886, accouchement. Le 2 octobre, la tumeur reposait sur le détroit du bassin et s'étendait au-dessus de l'ombilic. Elle était suppurée, 3 fistules donnaient du pus fétide; état général mauvais, frisson, sueur. On pratiqua la laparotomie : à l'incision du péritoine, du liquide séro-purulent s'écoula : la tumeur était la rate déplacée, volumineuse, contenue dans un abcès péritonéal. On réussit à dégager la rate et à lier son pédicule. On bourra la cavité d'éponges pour arrêter l'hémorragie. Drainage et pansement antiseptique. Le drain fut retiré le 12e jour; le 14e, les sutures superficielles furent enlevées. La rate pesait 7 livres. MAUBRAC.

I. — Remarques cliniques sur l'intervention chirurgicale dans les hernies épigastriques et adombilicales non étranglées, par TERRIER (*Revue de chir.*, 10 *décembre* 1886).

II. — De la cure radicale des hernies épigastriques, par S. BONNET (*Thèse de Paris*, 1887).

III. — Quelques cas rares d'irréductibilité des hernies, par H. HARTMANN (*France méd.*, *I*, *n°* 26, 1887).

IV. — De la glycosurie dans le cours de la hernie étranglée et de l'étranglement interne, par VINCENT (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 *janvier* 1887).

V. — Entgegnung auf Roser's Vertheidigung... (Au sujet de la théorie de Roser des valvules dans l'étranglement herniaire), par P. REICHEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 30, 1886).

VI. — De l'occlusion par adhérence et soudure de l'intestin, par Noël HALLÉ (*Rev. de chir.*, *janvier* 1887).

VII. — Variété rare d'occlusion aiguë de l'intestin, par A. MARONI (*Il Morgagni*, *mai* 1887).

VIII. — D'une forme spéciale d'obstruction intestinale par accumulation de noyaux de cerises dans le rectum, par Paul FABRE (*Gaz. méd. de Paris*, 2 *octobre* 1886).

IX. — Un cas d'obstruction intestinale mortelle par calcul biliaire, par J. AUDRY (*Lyon méd.*, 17 *avril* 1887).

X. — Zwei Fälle von Darmgeschwülsten (Deux cas de tumeurs intestinales avec invagination), par W. FLEINER (*Arch. f. path. Anat.*, *CI*, *Heft* 3, *p.* 484). — **Remarques, par CZERNY** (*Ibidem*, *p.* 524).

XI. — Ueber Indicatio und Werth der Darmeröffnung... (Valeur et indications de l'ouverture de l'intestin dans la kélotomie), par FÜHLROTT (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p.* 440).

XII. — Zur Behandlung des durch acute Darmverschliessung... (Traitement de l'étranglement aigu), par CURSCHMANN (*Deut. med. Woch.*, *n°* 21, 1887).

XIII. — Résection du gros intestin pour anus contre nature, par JULLIARD (*Rev. méd. Suisse romande*, *VI*, *p.* 633).

I. — Sous la dénomination de hernies épigastriques et adombilicales, Terrier comprend les hernies de la ligne blanche siégeant à l'épigastre

ou aux environs de l'ombilic. On en distingue deux espèces : les unes, hernies proprement dites, contenant de l'épiploon, de l'intestin, ou les deux ; les autres, dites hernies graisseuses, qui parfois peuvent coexister avec les hernies proprement dites. Terrier donne la relation de quatre cas de tumeurs herniaires graisseuses ou non de la région épigastrique ou de tumeurs adombilicales gênantes pour lesquelles il est intervenu chirurgicalement avec succès. Dans deux cas, à cause de différents accidents, imputables au mode opératoire, le résultat thérapeutique a été bon, mais le résultat opératoire médiocre ; chez les deux autres malades, la cure radicale a été obtenue. En ajoutant à ces faits personnels quatre observations de même nature publiées par Maunoir, Czerny, Reverdin et Mitchell Banks, et tout en faisant remarquer que le résultat opératoire laisse encore à désirer, en tant que cure radicale des hernies, l'auteur conclut :

Que les hernies dites graisseuses de la ligne blanche, déterminant parfois des troubles du côté de l'appareil digestif, peuvent être traitées par l'excision suivie de la réunion primitive de l'anneau fibreux qui leur a donné issue, et des téguments qui les recouvrent ;

Que les hernies proprement dites, épiploïques, intestinales ou intestino-épiploïques, qui déterminent soit des troubles gastro-intestinaux, soit des douleurs vives, soit enfin une difformité gênante, doivent être traitées comme les autres hernies, c'est-à-dire qu'on doit s'efforcer d'en obtenir la cure radicale, par réduction de la hernie, excision du sac herniaire, avivement de l'anneau fibreux et suture des parois de l'abdomen, anneau et téguments en même temps. OZENNE.

II. — Dix observations, dont deux inédites, de cure radicale, sont la base de ce travail, qui comprend l'étude complète des hernies épigastriques.

Les résultats de ces dix opérations sont :

Dans 3 cas, il a persisté une pointe de hernie et une légère éventration dues à une imperfection du manuel suivi : dans 4 cas, une fistule, qui trois fois s'est comblée de six semaines à huit mois après l'opération. La réunion par première intention complète chez cinq opérés a été incomplète, mais obtenue en majeure partie chez les autres.

Dans la moitié des cas, les opérés portent un bandage, soit à cause de la persistance d'une pointe de hernie, soit par mesure préventive ; dans les cinq autres, cette précaution a été jugée superflue. Quatre sur sept malades, dont la cure a été parfaite, ont été revus 1 à 9 mois après l'opération, sans trace de récidives.

Jamais il n'y eut d'accidents mortels. Dans tous les cas, les douleurs et troubles gastro-intestinaux, pour lesquels l'opération avait été sollicitée ou proposée, ont disparu : les travaux, même pénibles, ont pu être repris, même lorsqu'il a persisté un peu d'éventration, qu'une ceinture a toujours pu comprimer facilement et sans douleurs. MAUBRAC.

III. — A côté des causes ordinaires de l'irréductibilité des hernies, Hartmann décrit quelques causes plus rares et moins connues :

1° L'adhérence en quelque sorte naturelle de l'intestin à la paroi du sac ;

2° L'augmentation de volume d'une des parties herniées.

Les hernies irréductibles par adhérences naturelles sont des hernies

du gros intestin, celui-ci étant fixé à la paroi du sac par le repli péritonéal qui normalement l'unit à la paroi abdominale, et leur irréductibilité survient à mesure que leur volume augmente et sans qu'à aucun moment la tumeur ait été le siège de phénomènes inflammatoires. H. Hartmann explique ces cas par la disposition du péritoine et du gros intestin, disposition qui ne serait nullement celle admise par les classiques. Pour ces derniers, en effet, le cæcum à droite et l'S iliaque à gauche ne sont qu'incomplètement entourés par le péritoine et se trouvent par leur face postérieure en rapport direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Or, c'est là une erreur, ainsi que l'ont constaté Trèves, et depuis, Tuffier pour le cæcum, Farabeuf pour l'S iliaque. Comme eux, Hartmann a trouvé, à droite et à gauche, une portion du gros intestin entourée complètement de péritoine (cæcum et S iliaque mieux nommée anse oméga) se continuant avec une portion fixée à la paroi par un méso qui diminue de plus en plus d'étendue à mesure qu'on passe de cette portion libre à une portion le plus souvent dépourvue de péritoine en arrière (côlon ascendant ou descendant).

Dans d'autres cas, l'augmentation de volume d'une des parties herniées est telle que cette partie ne peut plus repasser par l'anneau qui lui a donné issue. Cette augmentation de volume peut être due à la production d'un néoplasme dans l'épaisseur de la paroi intestinale (cancer), à l'épaississement des parois intestinales, etc., mais Hartmann croit que la cause principale de ces irréductibilités par excès de volume est l'hypertrophie d'une des parties graisseuses contenues dans la hernie; l'épiploïte chronique et la simple augmentation de volume de l'épiploon sans inflammation vraie et sans trace d'adhérence peuvent aussi causer l'irréductibilité. E. DESCHAMPS.

IV. — Vincent publie une observation d'étranglement interne, datant de 15 jours, et cinq observations d'étranglement herniaire, variant entre un et quatre jours, dans lesquelles il a noté de la glycosurie, avant que toute intervention ait eu lieu. Cette glycosurie, dont l'analyse quantitative n'a pas été faite, paraissait assez prononcée; elle n'a persisté que quatre jours au plus après la levée de l'étranglement. Cinq de ces malades étaient âgés de plus de 40 ans; il n'y a eu qu'un décès sur les six cas, dont quatre concernaient des femmes. OZENNE.

V. — Le contenu intestinal est enfermé dans l'anse, dit Roser, et cette occlusion est due non pas à l'étroitesse de l'anneau, mais à la formation de plis qui jouent le rôle de valvules. Au contraire, pour Reichel, l'occlusion ne se produit que lorsque l'anneau est complètement rempli, et cette réplétion est due à la pénétration de portions plus considérables de mésentère. Si on constate des plis sur l'anse, ils sont toujours longitudinaux, ainsi qu'on l'a déjà remarqué. PIERRE DELBET.

VI. — Hallé rapporte l'observation d'une femme atteinte d'occlusion intestinale. Ni l'histoire de la malade, ni l'examen le plus attentif ne permirent de diagnostiquer d'une façon certaine le siège, ni la nature de l'obstacle. La marche rapide et la gravité des accidents firent penser à un étranglement par bride péritonéale. La laparotomie fut pratiquée par Bouilly; l'obstacle ne put être reconnu ni levé; la malade succomba rapidement. A l'autopsie, on trouva une anse d'intestin grêle voisine du cæcum adhérente par des liens celluleux en un point du détroit supérieur du bassin et brusquement coudée au niveau de cette adhérence. L'état de l'intestin au-dessus et au-dessous de

cette lésion ne laissait aucun doute sur la réalité de l'occlusion en ce point.

Hallé a réuni 7 cas analogues rapportés par Louis, Cossy, Broca. La lésion a toujours été trouvée au niveau de la cavité pelvienne. Dans les 8 cas, l'adhérence s'est produite en un point quelconque de l'excavation pelvienne, ou de son détroit supérieur, ou des organes qu'elle contient, vessie, utérus.

L'anse coudée appartient toujours à la seconde moitié ou à la terminaison de l'intestin grêle; 1 seul cas siégeait sur l'S iliaque.

Deux ordres de causes produisent l'occlusion dans ces cas : causes physiques; causes dynamiques. Ces dernières auraient une influence très efficace; dans le cas particulier observé ici, Hallé propose l'hypothèse d'un spasme intestinal provoqué par la coudure au niveau de l'adhérence, et d'une paralysie consécutive sous l'influence d'un trouble du système nerveux : il pense aussi qu'on doit tenir compte du renversement des contractions péristaltiques normales constaté expérimentalement par Onimus dans le cas d'obstacle intestinal.

Le pronostic toujours très grave est moins nécessairement fatal que dans la plupart des autres variétés d'occlusion intestinale. Les divers moyens médicaux employés en pareil cas semblent pouvoir réussir quelquefois;

Dans les cas à établissement graduel et à marche lente où l'engouement par matières fécales joue un rôle dans la production de l'obstacle, purgatifs légers, courants induits, café, etc., pour réveiller les contractions de l'intestin ;

Dans les cas aigus, à marche rapide, à début brusque, employer au contraire les calmants de l'intestin, opium, injections de morphine.

Hallé insiste enfin sur les difficultés que présente la recherche de l'obstacle au cours de la laparotomie. C. WALTHER.

VII. — Homme de 26 ans, pris subitement de douleur intense dans la fosse iliaque droite et de signes d'occlusion de l'intestin grêle; le cinquième jour, laparotomie, qui permet de reconnaître et de réduire un volvulus de l'intestin grêle; malgré cela, les accidents d'obstruction intestinale persistent et le malade meurt le lendemain de l'opération. A l'autopsie, à peu de distance de la terminaison de l'intestin grêle, on trouve un exsudat fibrineux correspondant à une portion de l'intestin dans laquelle s'est introduit, à la façon d'un doigt de gant, un diverticule intestinal de 4 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large, à l'extrémité duquel existe une tumeur arrondie, du volume d'une cerise (angio-fibrome ou polype connectif vasculaire). GEORGES THIBIERGE.

VIII. — Parmi les causes d'obstruction intestinale, Fabre signale l'accumulation de noyaux de cerise dans le rectum; il en publie sept observations qu'il fait suivre de ces remarques : L'accumulation de ces corps étrangers en quantité souvent considérable (500, 600, 800) donne lieu à des symptômes spéciaux, épreintes, ténesme rectal, impossibilité d'aller à la garde-robe, suintement d'un liquide jaunâtre, fétide, d'une odeur spéciale), et résiste à l'emploi des purgatifs, dont l'effet est d'augmenter encore l'irritation intestinale. Le meilleur moyen d'en débarrasser le rectum est le lavage à grande eau opéré à l'aide d'un petit spéculum, qui maintient l'anus ouvert; c'est un procédé préférable à l'emploi de la curette.

IX. — Homme de 50 ans, entré à l'hôpital pour des accidents de constipa-

tion opiniâtre qui prennent en quelques heures la forme grave d'obstruction intestinale et amènent la mort. A l'autopsie, on trouve dans l'intestin grêle un énorme calcul biliaire, rappelant la forme de la vésicule, du poids de 44 grammes, diamètre 7 centimètres 1/2; circonférence, 11 centimètres 1/2. Le fond de la vésicule communique par une large ouverture, à 4 centimètres au-dessous du pylore, avec le duodénum.

Audry discute les particularités cliniques de ce cas, les symptômes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic aux diverses phases de la maladie et rappelle les observations analogues.

Pupier a vu un calcul de 58 grammes, formé de cholestérine à peu près pure, rendu spontanément (*Ibidem. p.* 546).

X. — Le premier des deux cas rapportés par W. Fleiner a trait à un médecin qui avait eu des phénomènes d'invagination chronique et chez lequel on sentait une tumeur au niveau de l'angle droit du côlon. On fit la laparotomie, mais le malade mourut le lendemain. Il avait un adénocarcinome de la valvule iléo-cæcale, qui avait fait invagination dans le côlon en entraînant une partie de l'iléon dans le gros intestin. Le second malade eut au contraire un iléus à début brusque, on pensait à un rein flottant comprimant l'intestin. En opérant, Czerny trouve une invagination latérale occasionnée par une hypertrophie de la paroi du côlon. Fleiner trouvant à la surface de cette paroi épaissie une ulcération, pense qu'elle donnait attache à un fibro-myxome pediculé qui se serait détaché, et aurait été évacué par les selles. Le malade guérit.

Czerny expose les indications opératoires applicables en pareil cas : 1° Faire un anus contre nature, quand il y a un ballonnement considérable, et que le siège et la nature de l'obstacle sont douteux; 2° Réserver la laparotomie et la recherche de l'obstacle pour les cas où le malade est encore résistant, et où la palpation avec chloroforme aura permis de reconnaître au moins le siège de l'obstacle. Pour l'anus contre nature, il préfère l'iléotomie de Nélaton. P. GALLOIS.

XI. — D'après trois observations de Rosenberger, Fuhlrott conseille d'inciser l'intestin pour en évacuer le contenu dans les cas de grosses hernies étranglées dans lesquelles, après débridement, la réduction reste impossible à cause de la distension de l'intestin hernié et de celui qui est resté dans l'abdomen. Au bout de quelques minutes, cette évacuation amène l'affaissement d'une grande étendue de l'intestin et la réduction devient facile après suture de la petite incision. Les faits de Rosenberger, et d'autres recueillis par Fuhlrott dans les auteurs, montrent qu'une ponction ou une incision transversale de 2 centimètres d'un intestin étranglé guérissent sans aucun accident quand on prend les précautions antiseptiques suffisantes.

Quoique les petites plaies de l'intestin puissent guérir spontanément, il est plus prudent de placer, en tous cas, un ou deux points de suture avant de faire la réduction. MAURICE HACHE.

XII. — Curschmann étudie deux traitements de l'étranglement interne : la ponction et l'insufflation d'air dans le rectum.

Il a pratiqué six fois la ponction de l'intestin à l'aide d'une longue aiguille de Pravaz, sans un seul accident, et trois fois le succès a été éclatant. Dans ces trois cas, il s'agissait d'étranglement survenu brusquement chez des adultes de 32 et 33 ans et chez une femme de 70 ans; il y avait du tympanisme et des vomissements fécaloïdes. La ponction a fourni 1,500 ou 1,600 centimètres cubes de gaz qu'on a recueillis dans une bou-

teille pour le doser exactement, et très rapidement la guérison a été obtenue.

L'insufflation d'air dans le rectum n'est employée par l'auteur que dans les cas d'étranglement du gros intestin. Elle a réussi chez un sujet de 30 ans atteint probablement de valvules de l'S iliaque ; chez un homme de 42 ans, paraissant affecté d'occlusion du côlon transverse. Enfin une femme de 55 ans, ayant présenté, après une longue période de constipation opiniâtre, des signes d'étranglement du côlon ascendant a été soulagée à plusieurs reprises par les insufflations d'air. Elle a fini par mourir d'un cancer de l'intestin. L. GALLIARD.

XIII. — Garçon de 16 ans pris en juillet 1885 d'accidents d'occlusion intestinale qui nécessitèrent l'établissement d'un anus iliaque droit. Le bout inférieur de l'intestin resta perméable, et on fit une première tentative de suture de l'anus contre nature qui ne réussit pas. En mai 1886, Julliard pratiqua la résection de l'anus et d'une petite partie des bouts inférieur et supérieur de l'intestin ; le tout fut suturé. Guérison sans accident; première selle le 12e jour. J. B.

I. — Ueber hochgelegene Mastdarmstrikturen (Sur les rétrécissements haut situés du rectum), par KÜMMELL (*Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, n° 285* (*Chir.* 88), *octobre* 1886).

II. — Die Colotomie in der Behandlung der Mastdarmcarcinome, par E. SONNENBURG (*Berlin. klin. Woch.*, 29 *novembre* 1886).

III. — Die Bedeutung der Colotomie für die schweren Erkrankungen des Mastdarms (Valeur de la colotomie iliaque dans les affections graves du rectum), par KŒNIG (*Ibidem*, 10 *janvier* 1887).

I. — Sous ce titre, Kümmell, étudie les rétrécissements cicatriciels et inflammatoires situés dans le rectum à plus de 12 centimètres de l'anus, ainsi que ceux qui siègent sur l'S iliaque. Cet espace de 12 à 35 centimètres de l'anus constitue une région inaccessible au toucher rectal simple, difficilement abordable par la palpation abdominale, et c'est à lui que se limite la région de l'intestin utilement explorable par le cathétérisme. De ces conditions résultent des particularités spéciales pour le diagnostic et le traitement des rétrécissements qu'on peut y rencontrer.

Beaucoup plus rares que les rétrécissements des deux tiers inférieurs du rectum, leurs causes les plus fréquentes sont la dysenterie chronique et la syphilis, les plus rares sont les ulcérations catarrhales. Exceptionnellement une tuberculose localisée peut y donner lieu, comme Kümmell en rapporte un exemple.

L'anatomie pathologique ne présente rien de bien spécial à cette variété de rétrécissements.

Les symptômes du début laissent généralement méconnaître le siège rectal de la lésion, ce sont des troubles gastro-intestinaux avec dénutrition prononcée menant bientôt à l'hypocondrie; le seul signe propre à attirer l'attention vers le rectum est une constipation plus ou moins rebelle alternant avec des crises de diarrhée. Plus tard apparaissent des signes locaux, douleurs, écoulements muqueux, saignements. L'aspect des matières peut être normal, quelquefois elles sont arrondies et dures, presque jamais *pilées* comme dans les rétrécissements inférieurs.

Le diagnostic ne peut être confirmé que par des explorations instru-

mentales répétées et donnant toujours le même résultat, car les causes d'erreur sont nombreuses. Les meilleurs instruments sont la sonde d'Allingham avec ballon de caoutchouc terminal, la tige de baleine terminée par des olives, ou une simple baleine terminée par une éponge. Ces instruments donnent une sensation de résistance vaincue en entrant, puis un ressaut brusque, caractéristique, en sortant du rétrécissement. Le cancer prête particulièrement à l'erreur.

Le traitement est la dilatation progressive qui doit se faire avec des sondes de caoutchouc rouge, si le rétrécissement est facile à franchir ou des bougies de gomme élastique pleines de plomb ou de mercure comme les bougies de Bouchard pour l'œsophage. La guérison complète est possible si le traitement est fait assez tôt et assez longtemps.

MAURICE HACHE.

II. — Par la méthode de Madelung (*R. S. M.*, XXVII, 688), Sonnenburg a pratiqué 3 colotomies pour cancers du rectum inopérables. Deux de ses opérés, notamment le premier (*R. S. M.*, XXVIII, 661), ont survécu près d'un an; enfin la 3e malade vit encore après 15 mois. Sur la colotomie à éperon de Verneuil (*R. S. M.*, XXVI, 264), la méthode de Madelung a l'avantage de ne pas se prêter au prolapsus de la muqueuse. Quant au reproche que Verneuil lui fait d'abandonner dans la cavité abdominale le bout inférieur qui peut devenir l'origine de nouvelles souffrances, à cause de la rétention des mucosités, Sonnenburg ne le trouve pas complètement fondé. Deux de ses opérées ont eu des évacuations par le bout inférieur de l'intestin qui mettaient fin chaque fois aux douleurs occasionnées par l'accumulation des sécrétions. De plus, Sonnenburg conseille de fixer ce bout inférieur au voisinage de la plaie abdominale, afin de permettre l'issue au dehors de son contenu. Cette manière de faire est d'autant mieux indiquée qu'il arrive fréquemment que l'intestin, n'étant plus irrité par les matières, redevient perméable. C'est ce qui s'est produit chez l'opérée encore vivante de Sonnenburg ; 8 jours après la colotomie, il s'est formé une tumeur très douloureuse dont l'incision a donné lieu à la sortie d'une grande quantité de mucus mêlé de sang. Cette fistule qui causait à la malade beaucoup d'incommodités a fini par se fermer et dès lors les évacuations de mucosités se sont effectuées par l'orifice anal.

Dans la discussion, von Bergmann déclare qu'il n'a d'expériences que sur la colotomie lombaire qu'il considère comme une mauvaise opération. Sur une quarantaine d'extirpations de cancer rectal, dont la majorité peut-être a nécessité l'incision du péritoine, il n'a perdu que 2 ou 3 malades des suites de l'opération. Chez beaucoup de malades, il a extirpé le coccyx et une partie du sacrum, suivant le conseil de Kraske (*R. S. M.*, XXVIII, 660). Jamais les hémorragies provenant de la cavité médullaire de cet os ne lui ont causé d'embarras. Quant à l'artère sacrée moyenne, il est généralement possible de la saisir et de la lier avant de la couper.

E. Kuester s'étonne qu'on ne pratique pas davantage les raclages des cancers inopérables du rectum, qui lui ont donné d'excellents résultats, si bien qu'il a complètement renoncé à la colotomie lombaire qui le satisfaisait peu. Le raclage, il est vrai, doit être répété toutes les 8 ou 10 semaines pour éviter la reproduction des accidents de rétrécisse-

ment. Mais l'opération est facile, peu douloureuse, très rapide. Quant à ses dangers, Kuester a perdu deux opérés sur 25 ou 30, à la suite d'une péritonite par perforation.

III. — Kœnig cherche à réagir contre la tendance des chirurgiens allemands de pratiquer exclusivement l'extirpation du rectum, quels que soient le siège et la gravité de l'affection à laquelle il s'agit de porter remède. Son expérience l'a convaincu que cette opération ne donne pas de bons résultats et qu'il y a lieu d'en revenir à l'anus artificiel, trop dédaigné en Allemagne. A cet effet, il relate 5 observations de colotomie iliaque dont 3 pour des cancers rectaux inaccessibles au bistouri (l'un des opérés a survécu 3 ans) et deux pour des rétrécissements syphilitiques du rectum.

La section complète de l'intestin n'est pas possible quand les malades sont trop affaiblis ou que le côlon présente des adhérences trop considérables ; dans ces cas, on est obligé de se borner à inciser le côlon et à faire une fistule. En cas contraire, Kœnig a renoncé à replonger dans la cavité abdominale le bout inférieur qu'il préfère suturer à l'angle inférieur de la plaie et obturer en l'invaginant.

Quand il s'agit de rétrécissements syphilitiques, Kœnig fixe également le bout intestinal inférieur dans la plaie, mais il le laisse ouvert pour permettre des lavages de la portion malade. J. B.

I. — Ueber die palliative Incision bei Peritonitis tuberculosa, par SCHWARTZ (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 13, 1887).

II. — Ueber Peritonitis tuberculosa... (Sur la péritonite tuberculeuse et ses rapports avec la laparotomie), par WEINSTEIN (*Wiener Med. Blätter*, *n°* 17, 528, 1887).

III. — Ueber Laparotomie bei Bauchfelltuberkulose (Laparotomie dans la péritonite tuberculeuse), par KÜMMEL (*XVI*e *Congrès des chirurg. allemands*).

IV. — Zur Laparotomie bei allgemeiner eitriger Peritonitis (Laparotomie dans la péritonite purulente généralisée), par PŒLCHEN (*Deutsche med. Woch. n°* 14, *p.* 278, 1887).

V. — Lymphcyste des Unterleibs (Kyste lymphatique de l'abdomen), par BRAMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 687, 4 *octobre* 1886).

I. — Il s'agit d'une femme de 29 ans, accouchée pour la seconde fois depuis trois ans. En 1886, la malade eut pendant dix-huit semaines des phénomènes fébriles et deux hémoptysies, puis la malade remarqua que son ventre augmentait de volume. A l'examen, on trouva des signes de tuberculose au sommet du poumon gauche. Sensation de flot au niveau de l'abdomen. Une ponction fut faite le 25 février 1887; on retira 12 litres de sérosité. Trois ou quatre jours après, le liquide se reproduisait, la température oscillait entre 38 et 39°,5.

Une incision fut faite le 22 février, avec toutes les précautions antiseptiques; le liquide évacué, on put constater une tuberculose disséminée sur tout l'intestin avec intégrité des organes génitaux. Le liquide ne se reproduisit pas. La malade sortit en bon état, puis revint quelque temps après.

BARBE.

II.—Weinstein rapporte deux cas: Le premier concerne une femme de 36 ans, chez qui on fit, dans le service de Braun, la laparotomie pour savoir si on avait affaire à un kyste de l'ovaire ou à une ascite. Depuis longtemps, la malade toussait et avait une expectoration muco-purulente, mais elle n'avait

jamais eu d'hémoptysie. La mère de la malade serait morte de tuberculose pulmonaire, à l'âge de 61 ans. Chez la malade, on ne trouva pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Le 6 août, on pratiqua la laparotomie ; il s'écoula un liquide clair ; le péritoine était couvert de granulations tuberculeuses. Suture de la plaie, réunion par première intention au bout de quinze jours. Puis la malade fut soumise deux fois par jour au massage de l'abdomen, suivi de frictions avec de l'onguent mercuriel. L'exsudat qui s'était reproduit disparut complètement au bout de deux mois de traitement ; les forces revinrent et l'aspect devint meilleur. La guérison se maintient depuis six mois. Cependant le sommet du poumon gauche présente les signes d'une légère infiltration.

Weinstein pense que, par l'évacuation du liquide, on diminue la pression qu'il exerce sur les vaisseaux lymphatiques et les autres vaisseaux, qu'on facilite ainsi la résorption des produits morbides. D'autre part, on détermine une inflammation plus vive, qui a pour effet d'oblitérer les vaisseaux et d'empêcher la reproduction de l'exsudat.

Dans le second cas, la mort survint 24 heures après l'opération.

BARBE.

III. — La série des péritonites tuberculeuses traitées par la laparotomie depuis les travaux de Kœnig permet de considérer cette affection comme une maladie locale, qu'il faut soigner chirurgicalement, comme on soigne la tuberculose des os et des articulations. Déjà, en 1862, Spencer Wells a traité, par la laparotomie, une péritonite tuberculeuse localisée, prise pour un kyste de l'ovaire. La malade est encore en pleine santé. D'autres observations se sont succédées. En y joignant deux qui lui sont personnelles, Kümmel en trouve trente.

Le premier de ces deux cas concerne une péritonite localisée, qui fut prise pour un kyste de l'ovaire. La collection fut vidée, et les parois qui étaient farcies de tubercules, furent soigneusement frottées avec des éponges imbibées de sublimé. Il y avait de chaque côté de la colonne vertébrale deux paquets de ganglions gros comme le poing. Aujourd'hui, la personne a une santé florissante ; les ganglions ont diminué.

Dans le second cas, l'intervention fut faite pour un étranglement interne ; on s'aperçut, au cours de la laparotomie, que le péritoine était couvert de tubercules. Ce malade a guéri : son état général s'est amélioré ; mais il a succombé cinq mois après l'opération.

Des trente opérés, deux seulement sont morts des suites de l'opération. Parmi les vingt-huit qui se sont rétablis, quatre ont succombé après une survie de cinq mois à un an. Dans deux cas, l'état général s'est amélioré, mais la tuberculose pulmonaire a fait des progrès. Il n'y a pas eu de récidive locale. Les vingt-cinq autres opérés sont en bonne santé. Le temps qui s'est écoulé depuis les diverses opérations varie de quelques mois à dix ans (25 ans pour les cas de Spencer Wells). L'examen microscopique n'a pas été pratiqué dans tous les cas, mais il y a un assez grand nombre de diagnostics sûrs, pour prouver la possibilité de guérir la péritonite tuberculeuse par l'ouverture du ventre.

Esmarch a opéré trois malades qui ont tous guéri.

Mikulicz en a opéré deux : l'un est mort depuis trois ans ; l'autre a succombé au bout de trois mois.

Wagner a opéré une jeune fille, il y a deux ans et demi : elle est en pleine santé.

Hirschfeld a fait l'autopsie d'un malade qui avait succombé huit mois après l'opération : les granulations tuberculeuses avaient disparu.

PIERRE DELBET.

IV. — Pœlchen publie deux observations de péritonite purulente traitée par la laparotomie.

L'une s'est terminée par la mort au bout de cent un jours. L'autre a guéri; en voici les détails :

Grenadier, âgé de 22 ans, paraissant atteint de typhlite, le 3 février 1887. Au bout de quelques jours, signes de péritonite, 40° le soir, tympanisme. Etat stationnaire jusqu'à la fin de février; une ponction à l'hypogastre fournit du pus fétide.

Le 1er mars, incision longitudinale de 7 centimètres, entre l'ombilic et la symphyse. Evacuation de 4 litres de pus. Le chirurgien introduit la main dans l'abdomen et constate que les anses intestinales sont réunies par des adhérences. Pas de lavage, ni de drainage, ni de suture. Pansement antiseptique. Le soir, œdème pulmonaire, T. 37°,7. P. 80. R. 45.

La plaie se réunit partiellement. Le 28 mars, nouvel écoulement de pus. Même incident le 7 avril et le 2 mai.

Le malade part guéri, le 13 juin. L. GALLIARD.

V. — Von Bergmann a enlevé chez un homme de 63 ans, au moyen d'une laparotomie, une tumeur kystique de l'abdomen. L'incision de la tumeur a donné issue à du chyle; les parois du kyste ont été suturées aux lèvres de la plaie abdominale. Cette tumeur, provenant soit du réservoir de Pecquet, soit du canal lymphatique abdominal, se trouvait dans l'épaisseur du mésentère, revêtue du péritoine et recouverte par les intestins. Guérison. J. B.

I. — **Ueber den extraperitonealen Explorativschnitt, par BARDENHEUER** (*Deut. med. Woch.*, *n°* 13, 1887).

II. — **Zur Nachbehandlung schwerer Laparotomien (Traitement secondaire des laparotomies graves), par P. MÜLLER** (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *octobre* 1 88

III. — **Eine doppelte Perforation... (Double perforation de l'estomac sans symptômes), par L. FREY** (*Wiener med. Presse*, *n°* 11, 1887).

IV. — **Case of revolver wound, complete perforation of the stomach, par CLEMOW** (*Lancet*, 12 *juin* 1886).

V. — **Abdominal section for traumatism, par Thomas S. K. MORTON** (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 26 *février* 1887).

VI. — **Plaies multiples de l'intestin; guérison; par STEIGER** (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *novembre* 1886).

VII. — **Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu, par POZZI.** — *Idem*, **par TRÉLAT, BERGER, LE DENTU** (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 917, 958; *XII*, *p.* 1, 13).

VIII, IX. — *Idem*, **par SEVASTOPOULO, NIMIER** (*Ibidem*, *XIII*, *p.* 273, 281).

X. — **Case of pistolshot wound... (Plaie par coup de feu de l'abdomen, laparotomie), par John H. PACKARD** (*Med. News*, 26 *mars* 1887).

XI. — **Abdominal section for traumatism..., par Cornelius HOLLOCK** (*Ibidem* 30 *avril* 1887).

XII. — **Pistolshot wound of the abdomen, par W. KEEN** (*Ibidem*, 14 *mai* 1887).

XIII. — Laparotomy for intestinal rupture, par F. THOMPSON (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 16 *avril* 1887).

XIV. — Laparotomie und Darmnaht (Laparotomie et suture de l'intestin pour une perforation typhoïde), par LÜCKE (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p.* 1).

I. — Bardenheuer propose de remplacer la laparotomie exploratrice habituelle par la laparotomie extra-péritonéale qui lui paraît toujours possible. Il la pratique de trois façons :

La section *lombaire* permet d'explorer le rein, le capsule surrénale, le colon, le foie et la vésicule biliaire, le duodénum, la tête du pancréas, les tumeurs rétropéritonéales, les anneaux herniaires profonds; à gauche elle donne accès sur la rate, le côlon descendant;

La section *symphysienne*, pratiquée transversalement au-dessus de la symphyse, peut être prolongée le long du ligament de Poupart (section symphyso-inguinale). Elle vise toutes les productions pathologiques du bassin ;

La section *thoracique* est faite à l'épigastre et le long des fausses côtes. On y a rarement recours ; elle est utile dans le cas d'abcès sous-diaphragmatique de hernies diaphragmatiques. Elle peut être combinée avec la laparotomie lombaire. L. GALLIARD.

II. — Müller étudie les rétrécissements de l'intestin consécutifs à la laparotomie. Les troubles intestinaux consistent dans le cas les moins intenses en ballonnement de l'abdomen, coliques, phénomènes dyspeptiques, inappétence et malaise. D'autres fois, les troubles intestinaux sont occasionnés par l'adhérence d'anses intestinales avec la plaie opératoire. Ou bien il s'agit d'anse dont on a rompu les adhérences à la paroi abdominale ou la tumeur sans avoir pu les remettre à leur place normale; Müller en relate un cas. Dans l'observation suivante, l'étranglement interne n'avait qu'un rapport indirect avec l'opération.

Il s'agit d'une femme de 63 ans qui avait eu une hernie inguinale étranglée qu'on parvint à réduire. Deux ans plus tard, Müller lui fit l'ovariotomie pour un kyste de l'ovaire. Comme la malade avait en même temps un prolapsus utérin, pour l'en débarrasser Müller fixa le pédicule de la tumeur dans la plaie abdominale. Peu après l'opération, se produisent des accidents d'étranglement interne que Müller crut amenés par le pédicule, aussi pratiqua-t-il une deuxième laparotomie le dixième jour sans pouvoir découvrir la cause et le siège de l'étranglement. A l'autopsie, on constata qu'une vieille bride péritonéale aplatissait l'intestin sur lequel elle formait un pont ; au-dessus du point rétréci, il y avait une perforation intestinale qui avait entraîné une péritonite. Évidemment ici les altérations remontaient à l'ancienne hernie. Mais l'ablation de la tumeur en déplaçant les intestins avait été l'origine des accidents mortels.

Les suites les plus graves des laparotomies sont les rétrécissements de l'intestin et les fistules stercorales résultant de la soudure ultérieure d'adhérences rompues. L'un et l'autre genre d'accidents peuvent se produire ou bien immédiatement, ou bien au bout de plusieurs mois ou même d'années. Müller a perdu coup sur coup deux opérées dont il donne l'histoire.

Chez la première, une femme de 25 ans, un kyste colossal de l'ovaire présentait des adhérences à la paroi abdominale étendues de la symphyse au foie tandis que la masse intestinale était soudée à la paroi postérieure de la tumeur. A la suite de l'ovariotomie, la paroi abdominale antérieure con-

tracta des adhérences avec la postérieure. Dans la quatrième semaine, apparaissent des symptômes d'étranglement interne qui nécessitent une nouvelle laparotomie. La malade ayant succombé quelques heures plus tard, on trouva qu'à partir du promontoire, la paroi antérieure de l'abdomen adhérait à la postérieure sur une longueur de 25 centimètres ; le calibre d'une anse intestinale était complètement effacé par des brides cicatricielles.

La seconde opérée était une femme de 62 ans à qui Müller avait enlevé un énorme fibrosarcome utérin. Il se forma consécutivement une fistule stercorale qui occasionna la mort par marasme 4 mois après la laparotomie. A l'autopsie, on trouva que la fistule provenait d'une anse adhérente au moignon utérin.

Pour prévenir la formation de ces adhérences post-opératoires, il faut empêcher à tout prix le contact des surfaces saignantes des viscères et des parois abdominales. Müller pense qu'on peut y parvenir de deux façons :

1° En renonçant au bandage compressif malgré ses avantages au point de vue de l'hémostase ;

2° En plaçant dans la cavité abdominale des substances destinées à assurer l'isolement des surfaces saignantes de l'intestin, du pédicule, et des parois jusqu'à la cicatrisation. Müller se sert dans ce but d'une solution de sel marin à 7 0/00. Ce liquide offre en effet l'avantage d'être aseptique, facile à stériliser, ni irritant ni tonique et enfin d'une résorption facile. On l'introduit, à la température du corps au moyen d'un drain placé dans la plaie.

III. — Un homme de 33 ans se tire un coup de revolver le 17 novembre 1886. La balle pénètre dans le quatrième espace intercostal, un peu en dedans du mamelon, et va se loger sous la peau du dos, à gauche et à côté de la colonne vertébrale, au niveau du dixième espace. Le trajet du projectile est donc oblique en bas et en arrière.

Signes d'hémothorax. L'état général est assez bon. Le 22 novembre, érysipèle de la face. Le 2 décembre, suppuration de la plaie antérieure. On l'élargit et on pratique dans le trajet une injection antiseptique après avoir incisé la loge où siégeait la balle. Le liquide est rejeté par la bouche : on admet donc l'existence d'une plaie œsophagienne. Pas de signe de lésion gastrique. Le malade peut s'alimenter.

Le 8 décembre, collapsus subit. Mort.

Autopsie. La balle a traversé le péricarde, la plèvre, le diaphragme, le lobe gauche du poumon, l'estomac qui présente deux plaies. La plèvre gauche contient un demi-litre de liquide brunâtre.

Frey attribue la mort subite à la dégénérescence graisseuse du cœur.

L. GALLIARD.

IV. — Un homme de 27 ans se tire un coup d'un revolver de petit calibre dans la poitrine ; la balle pénètre dans le sixième espace intercostal gauche un peu en dehors de la ligne mammaire à 5 centimètres au-dessous du mamelon. Une sonde introduite dans la blessure peu de temps après l'accident pénètre directement et sans rencontrer d'obstacle dans la direction de la colonne vertébrale. Quelques heures après, le malade commence à vomir du sang altéré. Le lendemain, signes de péritonite et de pleurésie sèche à la base gauche ; les vomissements marc de café persistent : diète absolue ; glace en morceaux par la bouche, lavements nutritifs. Le 5e jour, après une tentative pour alimenter le malade avec du lait et de l'eau-de-vie, retour de l'hémorragie gastrique, vomissements répétés de sang rouge, en partie coagulé. L'écoulement sanguin cesse et les jours suivants le malade paraît beaucoup mieux. Le 15e jour, nouvelle hémorragie stomacale, selles abondantes de

sang pur. Après ce dernier accident, convalescence rapide. Le 22e jour, le malade accuse une douleur dans la région dorsale inférieure ; à ce niveau, et un peu à gauche de la colonne vertébrale, il existe une sensibilité très marquée à la pression et un peu d'empâtement profond, qui persiste avec de la fièvre pendant une semaine environ, et disparaît ensuite peu à peu. Il est probable que la balle avait traversé le cul de sac pleuro-diaphragmatique sans atteindre le rebord du poumon et que, pénétrant ensuite dans la cavité de l'hypocondre, elle avait perforé l'estomac de part en part, pour aller ensuite se perdre dans les masses musculaires au voisinage de la colonne vertébrale où elle paraît s'être enkystée. H. BARTH.

V. — Morton a recueilli 57 cas dans lesquels on est intervenu et qui ont donné 36 morts et 21 guérisons. Les plaies par arme à feu au nombre de 22 ont entraîné 17 fois la mort. Il relate un cas de blessure par arme à feu.

1° Homme, 36 ans, blessé d'un coup de feu à un pouce et demi au-dessous et un pouce à droite de l'ombilic. Opération pratiquée une heure et demie après l'accident. Par l'incision, s'échappe du sang fluide et caillé avec du gaz, des aliments digérés, des fèces. Trois plaies perforantes de l'estomac, en ligne droite, transversales, au-dessus de l'insertion de l'épiploon, furent d'abord visibles ; deux étaient antérieures, la 3e était postérieure ; une 4e plaie de l'estomac fut trouvée : les quatre plaies sont suturées. Le grand épiploon était déchiré en plusieurs endroits et contenait un caillot qu'on enleva. Ecchymoses du petit intestin et du mésentère. Durée de l'opération, une heure et demie. Cinq heures après, signes d'hémorragie. Mort au bout de six heures.

A l'autopsie, on ne trouva pas d'autres blessures. La balle, après avoir blessé l'estomac, avait perforé le diaphragme et sans blesser le poumon avait frappé la 7e côte, coupé l'artère intercostale qui avait donné un épanchement dans la plèvre.

La plaies par instrument tranchant, au nombre de 19, comptent 12 guérisons et 7 morts. En voici deux cas :

2° Homme de 40 ans, coups de couteau long et étroit à deux pouces au-dessus du milieu du ligament de Poupart droit, hernie de plusieurs pouces de petit intestin. Opération trois quarts d'heure après la blessure. Dans le péritoine, grande quantité de sang fluide et caillé : on trouva 4 blessures du petit intestin, une du colon, juste au-dessus du cæcum et une perforation du mésentère. Toutes les blessures sont suturées avec de la soie. On mit dans le cul-de-sac recto-vésical un drain qu'on enleva le lendemain. Après quelques accidents (délirium), la guérison fut complète le 15e jour.

3° Homme, 30 ans, blessure à deux pouces à droite et un pouce au-dessus de l'ombilic. Vomissements immédiats. Au moment de l'opération, il s'échappe un peu de sang fluide et caillé ; une déchirure d'un feuillet du grand épiploon existait au niveau de la plaie ; une artère, qui donnait du sang en ce point, fut liée. Pas d'autres lésions. Le 15e jour, le malade se levait guéri.

On est intervenu dix fois pour rupture de la vessie, on a obtenu 4 guérisons. Voici une nouvelle observation.

4° Homme, 38 ans, chute d'un 2e étage. Le blessé avait beaucoup bu et la vessie était distendue au moment de l'accident. Signes de fracture du col du fémur et de rupture de la vessie. Opération 8 heures après l'accident. On retire 10 onces de sang et d'urine. Les intestins congestionnés semblent par places gangréneux, 15 sutures de Lembert ferment une ouverture triangulaire de deux pouces et demi sur la partie antérieure au fond de la vessie. Mort au bout de 42 heures.

Enfin, dans 5 cas de rupture de l'intestin, il y a eu 5 morts. MAUBRAC.

VI. — Homme ayant reçu un coup de couteau dans l'abdomen. Après la blessure, il marche encore un quart d'heure, vomissements. Au-dessous du foie, plaie de 8 centimètres de long par laquelle font hernie 4 anses intestinales d'une longueur totale d'environ 3 mètres ; 3 de ces anses présentent une double perforation de sorte qu'on compte en tout 7 ouvertures de l'intestin.

Désinfection avec le sublimé au millième. Entérorraphies avec 27 points de suture à la soie. Résection de la masse intestinale après agrandissement de la plaie abdominale qu'on réunit par des sutures à étages. Pansement. L'opération faite de nuit, a duré 2 heures 1/2. Vu la faiblesse du blessé, il fallut rapidement substituer au chloroforme la teinture d'opium. La température n'a jamais dépassé 38°,2 ; le 4 et le 5e jour, elle n'était que de 36°,4 (inanition). Diète rigoureuse les quatre premiers jours; le 5e, cent cinquante grammes d'eau et deux jaunes d'œufs ; le 7e, lait et bouillon ; le 8e, lavement qui détermine une selle ; le 10e, l'opéré se lève.

VII. — Jeune homme de 15 ans. Coup de revolver calibre 7 1/2 dans la fosse iliaque gauche à 3 heures et demie de l'après-midi, presque à jeun ; douleur vive dans l'abdomen et envie d'uriner. Pozzi le voit à 6 heures : vomissements glaireux et alimentaires, douleur abdominale, urine sanglante retirée par le cathétérisme. La laparotomie est faite 8 heures après l'accident. Infiltration d'urine dans le tissu cellulaire pré-vésical. Suture d'une première perforation intestinale (4 centimètres sur 2) avec 11 points de Lembert à la soie. Un peu plus loin, éraflure superficielle suturée par 3 points. Puis seconde perforation fermée par 4 points et troisième réunie par 5 sutures. Un dernier examen fait reconnaître près de la première plaie une quatrième perforation précédée d'une éraflure qui nécessite 6 points. A ce niveau, la ligne de suture faisait presque complètement le tour de l'intestin, mais en spirale. Suture d'une perforation sur la face postérieure de la vessie par 4 points de suture. Une perforation antérieure de la vessie difficilement reconnue près du col est abandonnée. Suture de la partie péritonéale de la plaie, drainage de l'espace pré-vésical, sonde à demeure. L'opération dure 2 heures 1/4. Diète absolue, glace.

Mort 60 heures après l'accident.

A l'autopsie. Absence de péritonite. Efficacité des sutures. Rétrécissement de l'intestin au niveau d'une des sutures. Pas d'accident du côté de la perforation vésicale non obturée.

Pozzi attribue la mort à la paralysie intestinale et non au rétrécissement qui laissait à l'intestin 1/3 de son calibre. La résection aurait été faite si toutes les lésions à ce niveau avaient été vues d'emblée, mais quand on a découvert la dernière perforation, l'opération avait déjà trop duré pour que la résection fût praticable.

Berger cite un malade qui a guéri sans intervention d'une plaie par balle de revolver du cæcum, après avoir présenté des accidents de péritonite.

Trélat formule ainsi les indications chirurgicales ponr les plaies pénétrantes de l'abdomen par projectiles de petit calibre :

1° Faire la laparotomie immédiate s'il existe des signes évidents de perforation ou une hémorragie abondante par la plaie ;

2° Quand il n'y a pas de phénomènes immédiats, guetter avec la plus grande attention la marche des accidents et pratiquer la laparotomie à la première apparition des signes de péritonite.

Dans un cas personnel, Trélat est intervenu au bout de 24 heures et le malade a succombé plutôt aux suites de sa stéatose viscérale qu'à des

accidents abdominaux. Il faut intervenir avant la 15e heure pour avoir des chances de guérison.

Verneuil ne croit pas à la mortalité constante des plaies de l'intestin grêle par petits projectiles, non plus que Tillaux qui n'admet la laparotomie que comme ressource ultime quand la péritonite est généralisée et le malade certainement perdu sans elle.

Le Dentu cite deux faits : la traversée de l'abdomen par un projectile sans perforation de l'intestin, et un cas de plaie simple, avec intervention au bout de 2 heures, terminé par la mort sans cause connue.

Trélat appuie son opinion sur les statistiques dressées par les chirurgiens militaires et qui démontrent la gravité extrême de ces plaies.

Pour les plaies pénétrantes de l'abdomen,

Chenu (guerre de Crimée) donne une mortalité de..	92, 6 0/0
Otis (guerre de Sécession).....	92 0/0
Alcock (guerre de Danemark).....	100 0/0

Pour les plaies de l'intestin grêle en particulier, la statistique d'Otis lui fournit une mortalité de 99,23 0/0. MAURICE HACHE.

VIII. — Homme de 30 ans. Plaie de l'abdomen par balle de revolver. Sevastopoulo constate au bout d'une heure l'issue par la plaie de caillots et de gaz intestinaux. Quoique surpris à la campagne sans instruments, il intervient de suite : incision pariétale de 15 centimètres, donnant issue à des matières fécaloïdes ; résection circulaire d'une anse d'intestin grêle ; suture immédiate complète. Lavage abdominal à l'eau phéniquée chaude. Suture des parois abdominales, guérison sans incident et sans éventration ultérieure.

De l'examen de 10 observations donnant à l'intervention une mortalité de 70 0/0, Chauvel, rapporteur, conclut que la pénétration avec lésion intestinale probable est une indication nette et précise de laparotomie immédiate ; en cas de doute, il admet l'incision exploratrice étroite.

IX. — Nimier conclut d'après les statistiques de la guerre du Tonkin que les cas de péritonite franche indiquent seuls l'intervention chirurgicale et que le traitement médical appliqué à l'ensemble des autres plaies de l'abdomen par balles de fusil donne une mortalité moindre. Chauvel, discutant à son tour les mêmes faits, en tire une conclusion opposée et croit la laparotomie immédiate souvent indiquée dans les plaies de guerre de l'abdomen. MAURICE HACHE.

X. — Homme de 33 ans. Coup de feu, d'un pistolet calibre 38, tiré presque à bout portant dans l'abdomen, par un homme plus grand que lui. A son arrivée à l'hôpital Pensylvania, collapsus marqué, pouls 120, température F. 97°,5 ; vomissements de sang avec les aliments. La plaie est à 2 pouces à gauche et au-dessous de l'ombilic. Laparotomie une heure après l'accident. On trouve 11 perforations de l'intestin qu'on ferme par la suture de Lembert. Sur un point, le projectile a déchiré largement l'intestin sur les deux parois ; résection d'un pouce d'intestin avec le fragment cunéiforme du mésentère correspondant. Il n'y avait pas d'épanchement fécal dans le ventre, mais une grande quantité de caillots dans le bassin. En les enlevant, on voit le sang sortir abondamment à la partie supérieure du bassin. Ligature avec le ténaculum. Drain à demeure dans l'abdomen. Dans le cours de l'opération, plusieurs défaillances relevées par les irrigations chaudes de la cavité abdominale et les injections sous-cutanées d'alcool.

Mort 18 heures après l'accident. A l'autopsie, péritonite commençante.

Toutes les plaies de l'intestin sont bien fermées ; il n'en existe pas qui ait échappé aux recherches. L'hémorrragie provenait de la veine iliaque externe déchirée par la balle qui est allée se loger vers le fémur. A. C.

XI. — Jeune homme de 16 ans. Coup de pistolet à six pieds de distance, dans l'abdomen. Entrée de la balle à la région inguinale gauche, sortie à la région ombilicale droite. Pendant qu'on prépare tout pour une opération, selle normale, mais issue de matières par une des plaies. Laparotomie. On trouve trois plaies de l'intestin, 2 du côlon descendant, une du petit intestin vers le point de sortie de la balle. Ablation d'un fragment d'épiploon contus et lacéré, suture des plaies ; lavage de l'abdomen avec l'eau chaude phéniquée. Guérison. Le 9e jour, selle spontanée normale. A. C.

XII. — Une jeune fille de 18 ans se tire un coup de pistolet. Plaie d'entrée au-dessus du foie, vers la neuvième côte qui est fracturée. On sent la balle dans le flanc gauche sous la peau. Hémorragie légère. Douleur vive dans l'épaule *gauche*. La blessée a vomi un peu de sang pur, aussitôt après la tentative de suicide ; un peu après, vomissements muqueux et bilieux.

Laparotomie 9 heures après l'accident.

En ouvrant le ventre, on ne constate aucun épanchement de sang, d'aliments ou de matières. On trouve une petite plaie ronde du pylore, on la suture avec points de Lembert. Le bord du foie a été éraflé par la balle ; pas d'hémorragie en ce point. Ne trouvant pas de plaie de sortie de la balle de l'estomac, on cherche dans le repli mésentérique où s'est fait un entravasat sanguin. Le sang provient d'une blessure de la veine mésentérique supérieure sur laquelle on place une ligature latérale de catgut. Sur l'intestin grêle dans le flanc gauche, on trouve une plaie longitudinale d'un pouce et quart, contuse, que l'on suture rapidement.

Revenant alors à l'estomac, Keen finit par trouver la plaie de sortie au bord postéro-inférieur à 4 pouces du pylore, plaie ronde petite, masquée par un caillot de sang. Suture. En poursuivant une investigation méthodique de l'intestin, on reconnaît que le rein gauche a été largement déchiré ; Keen en pratique immédiatement l'ablation.

L'opération avait duré 3 heures : lavage de l'abdomen à la solution chaude de sublimé. Suture des deux plaies cutanées, après extraction de la balle. Pansement antiseptique. Injections hypodermiques de wisky.

Dans les huit jours qui suivent l'opération, vomissements, diarrhée, fièvre avec frissons ; la fièvre s'accentue au point que Keen, soupçonnant un abcès intra-abdominial, rouvre le ventre le 12e jour ; il ne trouve rien qu'une masse dure, non fluctuante au niveau de la blessure de la veine mésentérique. L'état de la malade s'aggrave, mort le 14e jour.

A l'autopsie, plaies du foie et de la partie antérieure de l'estomac guéries ; on ne trouve pas trace de la plaie postérieure de l'estomac. Exsudat purulent au niveau du mésentère ; au niveau de la plaie de l'intestin, plaques de sphacèle avec perforation. Lésions de péritonite.

A propos de ce cas, T.-G. Richardson donne sa statistique : 31 cas de plaie pénétrante par coup de couteau : 24 guérisons sans intervention, 7 morts ; 37 cas de plaie par arme à feu : 17 guérisons, 20 morts.

Agnew dit que, lorsqu'on est en droit de supposer une plaie de l'intestin, on doit ouvrir le ventre. A. C.

XIII. — Jeune homme de 18 ans. En juin 1885, on observe une tumeur dure volumineuse dans la région iliaque droite, avec signes d'obstruction intestinale. Les accidents disparaissent à l'aide d'injections rectales abondantes. En avril 1886, ces mêmes accidents reparaissent et guérissent comme la première fois. Le 5 mai, la tumeur persistant et ayant donné du pus et des fèces, on pratique sur la tumeur une longue incision qui donne issue à des matières fécales. Il existait une fistule dans le côlon, au-dessous de la valvule

iléo-cœcale. Aussi loin qu'on pouvait voir, la cavité abdominale était pleine de matières fécales, que l'on enleva avec de l'eau chaude ; la fistule fut suturée à la plaie de l'abdomen. En peu de jours, le patient guérit avec un anus contre nature. Deux mois après, l'entérotome fut appliqué sans succès.

Le 11 décembre, incision sur l'ancienne cicatrice: l'ouverture fistuleuse de l'intestin était sur le petit intestin, tandis qu'on avait fixé le côlon à la paroi de l'abdomen. Cette fistule située à 6 pouces au-dessus de la valvule iléo-cæcale est suturée. On trouva une deuxième fistule sur le côlon, en un point opposé à la valvule iléo-cæcale, on la sutura également. Le 4e jour, selle par le rectum. Le 8e jour, des fèces apparurent à l'anus artificiel, d'où il s'en échappe encore.

MAUBRAC.

XIV. — Femme de 28 ans. Fièvre typhoïde 12 jours après l'accouchement. Perforation intestinale. Laparotomie 12 heures environ après, la malade étant déjà dans le collapsus. Liquide fécaloïde dans le péritoine, adhérences légères. Résection cunéiforme du point perforé et suture à deux étages. Drainage du péritoine. Durée de l'opération 2 heures. Mort de collapsus le lendemain matin. L'autopsie montra que la suture était solide, mais il restait dans le cul-de-sac de Douglas un demi-verre de pus d'odeur fécaloïde que le tube, coudé à son extrémité, n'avait pas évacué.

Lücke pense que dans ces cas, à cause de la faiblesse des malades, il y aurait avantage à opérer en deux temps, en fixant l'intestin au dehors ou, si l'on éprouve quelque difficulté à le fixer sur la ligne médiane, en le réduisant après une suture provisoire.

MAURICE HACHE.

I. — Note sur les injections vésicales d'éther iodoformé dans certains cas de cystite rebelle, par A. CHANDELUX (*Lyon méd.*, 5 *juin* 1887).

II. — A case of rupture of the bladder (Rupture de la vessie), par ARMSTRONG (*Lancet*, 13 *novembre* 1886).

III. — Two (2) cases of rupture of the bladder, par BROWN et Mac GILL (*Lancet*, 20 *novembre* 1886).

IV. — Some observations on rupture of urinary bladder, par W. Mac CORMAC (*Lancet*, 11 *décembre* 1886).

V. — Zur Diagnose und Operation der Blasentumoren (Tumeurs de la vessie), par H. KÜMMEL (*Deut. med. Woch.*, *n°* 7, 1887).

VI. — Annotazioni su di un rabdomioma multiplo della vesica, par Vincenzi LIVIO (*Riv. clin. di Bologna*, *janvier* 1887).

VII. — Exstrophie de la vessie, par RICHELOT (*Bull. Soc. de chir.*, *XIII*, *p.* 159).

VIII. — Demonstration eines Falles von Blasen... (Extirpation de la vessie pour exstrophie), par NIEHANS (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er *septembre* 1886).

IX. — Vesical calculi and hypertrophied middle lobe of the prostate removed simultaneously, par LANGE (*N. York Soc.*, 26 *janvier* 1887).

X. — Zur operativen Behandlung der protastal Hypertrophia, par LANDERER (*Deut. Zeit. f. Chir.*, *XXV*, *p. V*).

XI. — Litholapaxy in male children and male adults, par KEEGAN (*Lancet*, 4 *décembre* 1886).

XII. — Corps étranger de l'urètre, boutonnière perinéale, suture de l'urètre par TERRIER (*Bull. Soc. de chir.*, *XII*, *p.* 762).

XIII. — Suture de l'urètre après une urétrotomie externe, par LE DENTU (*Ibidem, VII, p.* 775).

XIV. — Zur Technik und zur Nachbehandlung... (Technique et traitement consécutif de l'urétrotomie externe), par Paul GUETERBOCK (*Deut. Zeit. f. Chir., XXV, p.* 465).

I. — Chandelux a traité, avec succès, 5 cas de cystites : 2 tuberculeuses, 3 d'origine blennorhagique, très douloureuses et restées rebelles aux instillations de nitrate d'argent. Il emploie une solution de 13 grammes d'iodoforme dans 100 grammes d'éther, et en injecte de 2 à 4 et 6 grammes tous les 4 à 5 jours. Les premières injections sont fort douloureuses.

L'éther agirait, concurremment avec l'iodoforme, par le pouvoir expansif de sa vapeur, qui ramène à un degré d'amplitude normale une vessie rétractée et ne se dilatant plus sans douleur. A. C.

II. — Fille de 16 ans. Chute d'une hauteur de 12 mètres; elle tombe sur un passant : ce qui amortit le choc. On constate diverses fractures et contusions, plus un écoulement sanguin par le vagin, dû à une déchirure irrégulière de la cloison vésico-vaginale, sur une longueur de 10 centimètres. On pouvait, par cette plaie, passer le doigt très aisément dans l'intérieur de la vessie, qui contenait environ 50 grammes de sang à demi coagulé. Les autres organes pelviens étaient sains. Après lavage antiseptique, on suture la plaie préalablement régularisée, et l'on établit une sonde à demeure dans l'urètre. Guérison sans accident.

Il a été établi que la malade avait uriné immédiatement avant l'accident ; l'auteur suppose que l'utérus, très volumineux et lourd, a été porté violemment en bas, au moment du choc déterminé par la chute, et que la cloison vésico-vaginale, tiraillée à l'excès, a été ainsi rompue par violence indirecte.

III. — 1° Jeune homme de 26 ans, atteint d'une blennorrhagie, de rétention d'urine, avec miction par regorgement. Étant à la garde-robe, il fit un effort violent de défécation et aussitôt sentit comme si quelque chose venait de se rompre dans son pelvis du côté droit ; immédiatement après, sensation de brûlure dans tout l'abdomen, douleurs vives, puis vomissements et symptômes de péritonite. Mort le quatrième jour après l'accident. A l'autopsie, on trouve une déchirure de la vessie, longue d'un centimètre environ, au niveau de la paroi postérieure. Péritonite aiguë généralisée. Les parois de la vessie, au voisinage de la rupture, semblaient parfaitement saines, mais la muqueuse vésicale était fortement injectée, et les vésicules séminales contenaient du pus.

2° Homme de 54 ans qui, en courant dans l'obscurité, donne violemment du ventre contre une barrière en fer. Perte de connaissance durant une demi-heure, puis sensation de brûlure dans l'abdomen; prend le chemin de fer pour regagner son domicile ; impossibilité d'uriner ; le cathétérisme ne ramène qu'une petite quantité d'urine teinte de sang. Le 3e jour, douleurs abdominales persistantes, ventre légèrement ballonné. T. 38°, P. 100.

Le cathétérisme donne 150 grammes d'urine sanguinolente. Le lendemain, T. 37° ; les douleurs de ventre persistent ; on retire avec la sonde, près d'un litre d'urine teinte de sang. On se décide à ouvrir l'abdomen, et on trouve une déchirure vésicale de plus de 10 centimètres de long, occupant la ligne médiane et divisant toute la partie supérieure et postérieure de l'organe, jusqu'au voisinage du bas-fond. Le péritoine contenait environ un litre d'urine ; il ne présentait aucune trace d'inflammation. On relève la vessie à l'aide du ballon de Petersen, et on pratique la suture avec toutes les précautions antiseptiques; un tube à drainage est placé ; une boutonnière sus-

pubienne pratiquée à cet effet ; puis on referme l'abdomen. Le malade meurt de choc au bout de seize heures. A l'autopsie, aucun signe de péritonite ; un peu de congestion des deux poumons ; rien d'anormal dans les autres organes.

IV. — 1° Homme de 33 ans, se heurte, en courant, contre une barrière en fer, qui le frappe violemment à la hauteur de l'ombilic. Il se relève et retourne à pied chez lui, souffrant beaucoup du ventre. Il vomit deux fois, essaye d'uriner et n'y réussit pas, bien qu'il eût bu avant la soirée plus de deux litres de bière. Pendant la nuit, envies fréquentes d'uriner impossibles à satisfaire, douleurs abdominales vives. Le lendemain matin, le malade se rend, à pied, à l'hôpital Saint-Thomas, situé à plus d'un mille ; abdomen tendu et douloureux, surtout vers l'hypogastre ; matité dans les parties déclives ; strangurie absolue. Avec le cathétérisme, on évacue 2,800 grammes d'un liquide légèrement teinté de sang. Le niveau de la matité, dans les flancs baisse sensiblement pendant cette opération. En retirant la sonde, on observe que son extrémité semble immobilisée par la vessie contractée. — On diagnostique une rupture intra-péritonéale de la vessie, et on pratique séance tenante l'incision de l'abdomen (19 heures après l'accident). Déchirure de la vessie, médiane et verticale, de près de dix centimètres de long, allant du sommet de l'organe au cul-de-sac recto-vésical. La vessie est vide et fortement contractée ; l'abdomen ne renfermait que de la sérosité sanguinolente, sans aucune odeur urineuse. Seize points de suture à la soie, comprenant seulement la tunique séreuse et la musculeuse, et disposés de façon à produire l'adossement complet des deux lèvres de la plaie, les surfaces déchirées demeurant libres dans la cavité vésicale. On fortifie les points faibles par des sutures complémentaires au catgut, intéressant le péritoine seulement, puis on injecte dans la vessie, modérément, à deux reprises, de l'eau boriquée, et l'on s'assure qu'elle est parfaitement étanche. Lavage du péritoine avec l'eau bouillie et boriquée à 1 0/0. Sonde à demeure dans la vessie. Suites de l'opération très simples : guérison parfaite.

2° Homme de 37 ans ; chute d'une hauteur de 6 mètres sur le siège, dans un tas de boue. Il avait bu deux pintes de bière, et avait uriné une demi-heure avant l'accident. Il ne perd pas connaissance et se relève, sans autres blessures apparentes que des contusions à la région sacrée. Quatre heures après l'accident, légère douleur abdominale, qui augmente bientôt et s'accompagne d'un besoin d'uriner impossible à satisfaire. Ces symptômes durent toute la nuit, empêchant le sommeil. Le lendemain matin, un médecin essaye en vain de passer une sonde, et l'envoie à l'hôpital. Là on pratique le cathétérisme et on retire environ 200 grammes d'urine trouble, couleur café noir. Ventre très sensible partout, peu ballonné ; zone de matité dans les parties déclives, se déplaçant selon la position du malade ; P. 143; T. 36°5 ; pas de collapsus. On diagnostique une rupture de la vessie et on pratique la laparotomie (27 heures après l'accident). A l'ouverture du péritoine, il s'écoule plusieurs litres de sérosité mêlée d'urine, sans aucune odeur. Déchirure irrégulière, située en haut et en arrière de la vessie, un peu à gauche de la ligue médiane.

Cette plaie, longue de 5 centimètres du côté du péritoine, se réduisait à quelques millimètres du côté de la muqueuse vésicale. Suture comme dans le premier cas. Guérison rapide. H. BARTH.

V. — Voici trois opérations heureuses de Kümmel, pour des tumeurs vésicales.

1° Homme de 31 ans, papillome vésical ; taille hypogastrique, excision de la tumeur, suture de la vessie. Guérison en 5 semaines.

2° Papillome vésical chez une fille de 42 ans ; colpo-cystotomie ; excision de la tumeur ; suture de la muqueuse. Guérison.

3° Homme de 70 ans. Adénome de la prostate; taille hypogastrique. Guérison par première intention. L. GALLIARD.

VI. — Enfant de 13 ans, ayant les urines souvent mélangées de sang; diarrhée très marquée avec évacuations involontaires. Émission, par les urines, de cylindres plus ou moins longs, qui, examinés grossièrement, paraissent être des caillots sanguins formés depuis quelque temps. Le malade mourut d'urémie le 6 avril.

A l'autopsie, la vessie contient peu d'urine, mais beaucoup des cylindres déjà décrits. Les parois sont épaissies. La surface interne est injectée, inégale, à cellules et à colonnes. Dans le tiers inférieur se voient de petites tumeurs ayant, pour la plupart, la forme d'un polype à pédicule long et filiforme, d'une longueur totale de 3 à 4 centimètres, de 10 à 15 millimètres de largeur. Ces tumeurs sont rouge foncé et ressemblent à du sang coagulé. Quelques tumeurs, très petites, n'ont pas de pédicule.

Au microscope, la plus grande partie de ces tumeurs apparaît formée de fibres musculaires, avec de nombreux noyaux, rappelant l'aspect de fibres striées embryonnaires. Au pédicule, on voit nettement la continuité des éléments de la couche musculeuse de la vessie et des éléments néoplasiques.

A. MARFAN.

VII. — Entre la muqueuse vésicale et l'ombilic, la peau était incomplètement développée, d'apparence cicatricielle, ce qui la rendait impropre à la confection d'un lambeau supérieur et médian; Richelot fit alors les opérations suivantes dans une même séance :

1° Réunion de la partie supérieure des grandes lèvres, reconstituant un orifice vulvaire;

2° Dissection de deux lambeaux latéraux ramenés, en les doublant, en avant de la muqueuse vésicale;

3° Suture du bord supérieur de ces lambeaux à la peau sous-ombilicale disséquée en court lambeau et avivée;

4° Orifice de sûreté laissé en avant de l'embouchure des uretères, entre les lambeaux latéraux et les grandes lèvres.

La réunion réussit partout, mais deux tentatives ultérieures pour obturer l'orifice de sûreté ont échoué. MAURICE HACHE.

IX. — Garçon de 6 ans, opéré il y a 2 ans. Après réduction de la paroi postérieure atteinte d'inversion, la capacité de la vessie se montra si petite qu'on ne pouvait songer à former une cavité suffisante par une opération plastique. Niehans se décida donc à extirper la vessie, selon le procédé de Sonnenburg (*R. S. M.*, XXVI, 286) qui consiste à attirer les uretères et à les fixer dans la gouttière du pénis à l'aide de quelques sutures au catgut. Puis, Niehans recouvrit la perte de substance produite par l'ablation de la vessie avec deux lambeaux cutanés pris de chaque côté de l'abdomen. L'entonnoir d'où sort le pénis, et au fond duquel on voit les orifices des uretères, est bien conformé et se prête beaucoup plus facilement à la réception de l'urine dans le récipient que ce n'était le cas lorsqu'existait l'inversion vésicale. Il ne reste plus maintenant qu'à couvrir la gouttière pénienne pour créer un urètre artificiel. J. B.

X. — Homme de 60 ans, souffrant depuis plusieurs années de cystite calculeuse. Taille sus-pubienne. Deux calculs sont extraits. Lange trouve de plus le lobe médian de la prostate très hypertrophié, il le saisit avec une anse galvanocaustique et l'enlève sans grande hémorragie. La plaie de la vessie est maintenue ouverte quelque temps. Guérison retardée par une bronchite. La miction peut dès lors se faire facilement, sans cathétérisme. A. C.

XI. — D'après un cas unique dans lequel il a enlevé par hasard le lobe moyen d'une prostate hypertrophiée, en même temps qu'un calcul, en opérant par la boutonnière périnéale, Landerer croit pouvoir

ériger ce procédé en méthode générale, parce que le malade a guéri très rapidement et urine maintenant très facilement. Il ne fait aucune allusion aux faits semblables. M. HACHE.

XII. — Keegan donne le tableau de 58 opérations de litholapaxie qu'il a pratiquées, de 1882 à 1886, sur des enfants hindous, âgés de 2 à 14 ans. Sur ce nombre, il y a eu un seul cas de mort. Selon Keegan, les objections élevées jusqu'ici contre la lithotritie, chez les enfants, sont plus théoriques que réelles. L'état rudimentaire des organes génitaux, et de la prostate, par conséquent, est plutôt un avantage; les dimensions de la vessie sont très suffisantes dès l'âge de trois ans pour permettre de manœuvrer un lithotriteur de petit modèle; la muqueuse vésicale n'est ni plus tendre ni plus sensible, chez les enfants, qu'elle ne l'est chez les vieillards; enfin le faible calibre qu'on attribue à l'urètre, dans le jeune âge, n'est qu'apparent et tient à l'étroitesse du méat.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur donne un certain nombre d'observations de lithotritie rapide chez l'adulte, et cherche à démontrer que, même en cas de calcul volumineux, cette méthode est aussi efficace et moins dangereuse que la cystotomie sus-pubienne.

H. BARTH.

XIII. — M..., 62 ans. Lacet de cuir, long de 12 centimètres, perdu dans l'urètre, 8 jours avant son entrée à l'hôpital. Miction facile. Obstacle au cathétérisme à 13 centimètres du méat. Tumeur périnéale en un point correspondant, partiellement distincte de l'urètre. Borate de soude : 8 grammes par jour.

Opération le 23 juin. Urétrotomie externe, ouvrant l'urètre sur une longueur de 7, 5 à 8 centimètres. Le corps étranger s'est creusé, aux dépens du corps caverneux, une cavité d'où on l'extrait. Puis suture de l'urètre avec 9 points de catgut, ne comprenant pas la muqueuse. La plaie périnéale est laissée béante; sonde à demeure qui est retirée le 4 juillet; il passe alors, pendant quelques jours, de l'urine par le périnée. Guérison complète le 18 juillet.

Terrier conseille la suture toutes les fois que pour extraire un corps étranger il sera nécessaire de faire une longue incision du canal urétral.

XIV. — Homme de 45 ans, ayant déjà subi l'urétrotomie externe, et chez lequel la dilatation dut être interrompue et ne put être reprise dans de bonnes conditions.

En conséquence, Le Dentu fait une seconde urétrotomie externe, suivie d'une suture comprenant la portion bulbeuse de l'urètre et le périnée; quatre points au catgut. Sonde à demeure.

La réunion fut obtenue, sauf en un point très limité où il se forma une petite fistule, spontanément guérie en quelques jours. Dilatation ultérieure facile.

Le Dentu repousse la suture dans le cas de rupture traumatique; il la croit indiquée dans les plaies opératoires ou accidentelles, à surfaces nettes non contuses.

XV. — Dans cette revue critique très intéressante, et dans laquelle les travaux français occupent une place importante, Gueterbock n'aborde pas, dans son ensemble, la question de l'urétrotomie externe; il discute seulement quelques points actuellement contestés.

Il recommande, quand elle est possible, la suture, en ectropion, de la muqueuse, du bout périphérique de l'urètre aux bords de la plaie périnéale. Ses avantages sont : 1° d'arrêter les hémorragies en nappe pendant et après l'opération; 2° de fixer les bords de la muqueuse urétrale à

l'entrée du rétrécissement, mieux que l'anse de soie conseillée par Sedillot, Avery et Wilms; 3° d'empêcher l'oblitération trop rapide de la plaie périnéale.

Relativement à la recherche du bout postérieur de l'urètre, souvent très laborieuse, même dans les ruptures traumatiques récentes, Gueterbock pense, avec un certain nombre de chirurgiens modernes, qu'il vaut mieux y renoncer que de s'acharner à des recherches trop prolongées qui ont aussi leur inconvénient. Le pronostic n'est pas nécessairement aggravé parce qu'on n'a pas trouvé le bout vésical. Les meilleurs guides, pour cette recherche, dans les cas difficiles, sont le jet d'urine, quand on peut l'obtenir, et la pression sur l'urètre prostatique par le rectum, qui peut faire sourdre une goutte de pus (chez les vieux retrécis) ou de liquide prostatique.

La suture de l'urètre a été préconisée récemment, mais les faits sont encore trop peu nombreux pour permettre un jugement définitif; dans un précédent travail (*Arch. f. klin. Chir.* t. XXXIV, p. 857), Gueterbock a cité des accidents dus à cette pratique.

Enfin la sonde à demeure n'est certainement pas indispensable dans tous les cas; mais tous les méfaits dont on l'accuse ne peuvent être imputables qu'à une application défectueuse ou à un séjour trop prolongé.

MAURICE HACHE.

I. — Suction of the male ureters, par Harry FENWICK (*The Lancet*, 18 *septembre* 1886).

II. — On the diagnosis of unilateral pyelitis and pyonephrosis in women, par Arthur LEWERS (*The Lancet*, 13 *novembre* 1886).

III. — Casuistiche Beiträge zur Nierenchirurgie (Contribution clinique à la chirurgie du rein), par WAGNER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIV, p.* 505-592).

IV. — Remarques sur un nouveau procédé de néphrectomie transpéritonéale, par F. TERRIER (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 175-185).

V. — Nierenexstirpation, par DITTEL (*Société des méd. de Vienne*, 15 *avril* 1887).

VI. — Abdominal nephrectomy for a huge (énorme) adenoma, par WEIR (*N. York surg. Soc.*, 8 *février* 1887).

VII. — A case of nephrolithotomy during the fith month of pregnancy (Néphrolithotomie au 5e mois de la grossesse), par M'Lane TIFFANY (*Med. News*, 16 *avril* 1887).

I. — Il est très important dans certains cas, par exemple, avant de pratiquer la néphrectomie, de pouvoir s'assurer de l'existence et du bon fonctionnement du rein opposé. Pour cela, le seul moyen serait d'examiner isolément le produit de sa sécrétion. Dans ce but, l'auteur a imaginé un cathéter spécial auquel on adapte un petit appareil analogue à la bouteille de Clover, et il est facile, par une aspiration légère, de pomper l'urine pure sans qu'elle ait pu se mêler à celle du rein opposé. Pour l'autre uretère, on emploie une sonde dont l'œil est percé symétriquement de l'autre côté. L'opération est rendue très peu douloureuse par l'emploi d'une solution de cocaïne au vingtième.

II. — Le procédé imaginé par Lewers pour isoler le produit de sécré-

tion de chaque rein, chez la femme, est analogue à celui de Fenwick, mais beaucoup plus simple, en raison des conditions anatomiques de la vessie et de l'urètre dans le sexe féminin. Il suffit de dilater l'urètre et d'y introduire une des valves du spéculum rectal de Bryant, en disposant l'instrument de telle sorte qu'il réponde à une des moitiés latérales du canal, la droite, par exemple. L'uretère gauche est ainsi mis à découvert et son produit s'écoule librement dans la concavité du spéculum, où il est facile de le puiser. L'examen achevé, on sèche le conduit avec un tampon de ouate, et on fait décrire au spéculum un demi-tour rapide qui l'amène à gauche et dégage l'orifice de l'uretère droit. Dans un cas cité par l'auteur, un véritable jet d'urine se fit jour par l'orifice en question, dès qu'on eut opéré cette manœuvre, et le caractère limpide de cette urine, opposé à la purulence du liquide fourni par l'uretère opposé, permit de diagnostiquer sûrement et l'existence d'une lésion rénale unilatérale, et son siège du côté gauche. H. BARTH.

III. — Dans ce mémoire, Wagner réunit des observations prises à la clinique de Thiersch et expose sommairement, en s'appuyant sur elles, les symptômes, le diagnostic et le traitement des tumeurs malignes du rein, de l'hydronéphrose, des kystes hydatiques du rein, de la dégénérescence kystique totale de ces organes chez l'adulte, des suppurations rénales et de la pyélite calculeuse.

Sur 197 néphrectomies, réunies par de Jong, il y a eu 81 cas de mort, dont 2 par absence et 9 par altération préalable de l'autre rein. Il faut donc considérer commme une règle de s'assurer, avant toute néphrectomie, de l'existence et de l'intégrité du rein opposé.

L'absence d'un rein ou la soudure plus ou moins étendue des deux reins doit surtout être redoutée chez les sujets qui présentent une malformation quelconque du côté des organes génitaux. Le diagnostic en est très difficile, car il peut y avoir néanmoins deux uretères normalement abouchés dans la vessie et y amenant tous deux de l'urine. La palpation rectale de Simon n'est pas sans danger, et elle est matériellement impraticable pour certains chirurgiens à main forte et chez certains sujets à bassin étroit. Le seul moyen certain et toujours applicable de s'assurer de l'existence de deux reins est la laparotomie suivie de palpation directe. Elle ne présente de difficultés que chez des sujets très gras, où un rein de volume normal peut n'être senti qu'à grand'peine. Avec Thornton et Lawson Tait, Wagner recommande de ne pas hésiter à faire une incision exploratrice pour cette recherche, quand on a choisi la voie lombaire pour la néphrectomie.

L'intégrité du rein restant n'est pas moins importante à constater et l'étude de ses fonctions peut seule permettre de l'affirmer, car la palpation qui doit précéder l'intervention ne fait reconnaître que les lésions grossières et très avancées. Wagner passe en revue les nombreuses méthodes préconisées pour arriver à ce but chez l'homme et surtout chez la femme. Toutes sont incertaines, quelques-unes sont dangereuses, et la seule sur laquelle on puisse compter, est l'établissement d'une fistule donnant issue à toute l'urine sécrétée par le rein qu'on enlèvera, ce qui ne peut se faire que pour les néphrectomies lombaires.

En face de ces incertitudes et de ces dangers, il convient d'être plus réservé qu'on ne l'a été jusqu'à ce jour sur l'ablation du rein, et de

ne s'y décider que pour les affections qui menacent directement la vie.

En effet, même avec un second rein en bon état, il faut compter sur une hypertrophie compensatrice, qui peut ne pas se produire ou conduire à la néphrite, et l'on ne doit jamais oublier, comme l'a dit Rosenstein, que même dans les meilleures conditions, un seul rein ne peut que pendant un temps limité suffire au travail de deux.

MAURICE HACHE.

IV. — Terrier préfère, pour la néphrectomie, la voie abdominale transpéritonéale à la voie lombaire, surtout quand il s'agit de tumeurs volumineuses. La première permet en effet d'énucléer plus facilement et de mieux arriver au hile pour traiter les vaisseaux et l'uretère.

Il préconise un nouveau mode de traitement de la cavité rétro-péritonéale créée par la néphrectomie, cette modification est destinée à supprimer le drainage lombaire. Elle consiste après l'ablation de la tumeur et la ligature du pédicule à saisir les bords de l'incision du feuillet postérieur du péritoine, à les attirer au dehors et à les fixer aux bords de l'incision abdominale antérieure préalablement rétrécie par des points de suture profonds.

De cette façon, la grande cavité péritonéale est absolument close et isolée de la cavité rétro-péritonéale et les liquides que peuvent exhaler les parois de cette dernière s'écoulent facilement à l'extérieur, grâce aux tubes à drainage qu'on introduit dans l'orifice suturé à la plaie.

Il est utile de chercher à isoler l'uretère et à le fixer à la plaie abdominale pour le traiter spécialement et empêcher qu'il ne devienne une source d'infection pour la surface opératoire. Si on le laisse au fond de la plaie, il est prudent de maintenir plus longtemps les tubes à drainage. On peut les enlever vers le 10e ou le 12e jour, si l'uretère a pu être attiré au dehors ou si l'on peut le croire non infecté, ce qui est bien rare.

Dans deux cas, Terrier a eu l'occasion d'appliquer ce procédé. Dans le premier, la malade mourut rapidement d'urémie ; l'autre rein était aussi cancéreux. Dans le second cas, la malade guérit. Il s'agissait d'une hydronéphrose du rein gauche avec calcul dans l'uretère.

V. — L'ouverture de l'intestin a créé, dans cette extirpation du rein, une complication importante.

Femme de 25 ans, atteinte de pyélo-néphrite gauche. Section lombaire postéro-latérale et dissociation des fausses membranes à l'aide d'instruments mousses; pour atteindre l'extrémité inférieure de la tumeur, on prolonge l'incision. Après l'extirpation, le côlon ascendant mis à nu offre une déchirure transversale, certainement traumatique.

Suture de l'intestin et de la paroi. Pansement antiseptique. Au bout de douze jours, frissons, diarrhée. Le pansement est souillé par les matières fécales. On enlève les sutures et on trouve trois plaies intestinales au lieu d'une.

Au bout d'un mois, nouvelle opération : excision cunéiforme d'un segment du côlon ascendant. Les sutures ne tiennent que treize jours.

Il faut encore exciser deux fois l'intestin pour obtenir la guérison. La durée totale de la cure a été de cinq mois. L. GALLIARD.

VI. — Les observations d'extirpation du rein pour adénomes sont rares. Czerny (*Deut. med. Woch.*, 1885), Albert (*Wiener med. Presse*, 1885) et Schönborn en ont rapporté chacun un cas.

Dans l'observation de Weir, il s'agit d'un homme corpulent, boucher, qui,

depuis trois ans, souffre de douleurs dans la région lombaire, avec hématuries intermittentes. Il s'est développé une tumeur rénale qui mesure actuellement 7 pouces environ et qui est un peu mobile. Rien de particulier dans les urines, sauf un peu de sang. On pensa à une hydronéphrose ou à une hypertrophie rénale avec calcul. On décida de faire la néphrotomie, mais on s'aperçut alors qu'il s'agissait d'une grosse tumeur, d'apparence sarcomateuse. On fit alors quelques jours plus tard la néphrectomie. Le rein pesait 21 onces ; l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un adénome. Guérison. A. C.

VII. — Jeune femme de 27 ans, souffrant depuis longtemps de douleurs rénales, avec du pus dans les urines à fréquents intervalles. Au troisième mois de sa grossesse, chute sur la glace et fatigues qui amènent une recrudescence telle des douleurs que le repos n'est plus possible.

Tiffany pratique la néphrolithotomie ; il trouve, après avoir incisé un abcès rénal, un calcul peu volumineux (1gr,50) qu'il enlève. Suites très simples ; guérison rapide. La grossesse n'a pas été influencée. A. C.

Ein neues Heilverfahren bei localisirten tuberculösen Processen (Traitement des tuberculoses locales), par KOLISCHER (*Wien. med. Presse*, *n°* 22, *p.* 761 1887).

L'auteur institue le traitement des tuberculoses locales par les injections de phosphate acide de chaux.

Ces injections, pratiquées dans les tumeurs blanches récentes, déterminent d'abord une légère réaction inflammatoire, puis une induration due à la calcification, et enfin la résorption des masses indurées et la guérison.

Dans les tumeurs blanches ramollies, on provoque au bout d'une semaine l'ulcération et l'évacuation des granulations tuberculeuses ; puis la continuation du traitement amène la guérison définitive.

Le même traitement détermine l'élimination rapide des séquestres osseux, la guérison des abcès froids, des fistules tuberculeuses (tamponnées avec la gaze imprégnée de la solution phosphatée), de toutes les fongosités tuberculeuses. L. GALLIARD.

Beitrag zur Statistik des Mammacarcinoms der Frau, par HILDEBRAND (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, *XXV*, *p.* 336).

Cette statistique porte sur 152 cas opérés à la clinique de König, de Göttingen, de 1875 à 1885, donnant une mortalité brute de 11 morts, soit 7,2 0/0.

Elle est particulièrement intéressante au point de vue des résultats définitifs, thérapeutiques, qui sont bien supérieurs à ceux de toutes les autres statistiques.

Sur 135 opérées, suffisamment suivies, König a eu 65 récidives, dont 31 ont débuté moins de 6 mois, et 21 moins d'un an après l'opération ; 4 sont survenues après 2 à 3 ans, 2 après 3 ans.

Parmi les non-récidives, 23 ont été suivies plus de 3 ans, 30 plus de 2 ans, 53 plus d'un an.

En considérant comme définitivement guéries les opérées qui ont survécu 3 ans sans récidive, et en éliminant celles dont la période d'observation est insuffisante, on trouve une proportion de 23 0/0 de guérison définitive.

En analysant les conditions de la guérison, Hildebrand trouve que la

nature du néoplasme, l'envahissement de la peau sont sans influence notable, mais que l'intégrité apparente du système lymphatique domine le pronostic. Même dans ces conditions, l'évidement préventif de l'aisselle élève la proportion des guérisons définitives de 23 à 46 0/0.

MAURICE HACHE.

Der Nachweiss metallischer Fremdkörper... (La recherche des corps étrangers métalliques dans les tissus au moyen du galvanomètre et de l'aiguille astatique), par KÆLIN (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXV, p.* 82-92).

La recherche des corps étrangers métalliques, de fer ou d'acier, perdus dans les tissus, est assez souvent laborieuse et l'aiguille aimantée peut être utilisée pour leur découverte. Kælin a voulu préciser les conditions dans lesquelles cet instrument de physique pouvait être utilisé.

L'instrument le plus sensible pour cette recherche est le galvanomètre, mais son emploi ne peut être courant dans la pratique. Au contraire, une aiguille astatique, convenablement disposée, permet encore de reconnaître l'existence et le siège précis de fragments d'aiguilles, par exemple, sans que son entretien ou son emploi demande de grandes précautions.

Au delà de certaines limites, le corps étranger ne dévie plus l'aiguille à une distance chirurgicalement utilisable, qu'à condition d'être assez fortement chargé d'électricité au moyen d'un appareil de Ruhmkorff. Dans les expériences de Kælin, le corps étranger le plus petit que l'aiguille pouvait révéler sans électrisation préalable a été un fragment d'aiguille de 7 millimètres de long, pesant un centigramme.

MAURICE HACHE.

Du traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse, par Joseph HYVERNAUD (*Thèse de Paris*, 1887).

De l'analyse des cas publiés, et de 19 observations inédites (63 cas), traités par ce procédé, sur lesquels on compte 32 guérisons, 15 améliorations, 16 insuccès, l'auteur conclût que le chlorate de potasse réussit bien dans les cancroïdes de la peau et surtout de la face ; rarement dans les cancroïdes des muqueuses. Le chlorate, administré à l'intérieur, paraît sans action. C'est comme topique que son emploi est efficace (solution à 6 0/0 ou en poudre fine). Il se produit une légère cautérisation des surfaces, qui amène une cicatrisation progressive et souvent durable.

A. CARTAZ.

To ascertain whether gangrene... (Moyen de reconnaître si la gangrène doit suivre un traumatisme grave de la jambe), par W. Scott LANG (*Edinb. med. journ., p.* 597, *janvier* 1887).

Quand on comprime l'artère à l'aide d'un tourniquet, le membre s'anime; lorsqu'on cesse la compression, il prend une teinte rosée. Si cette teinte s'étend au delà du traumatisme (fracture compliquée, par exemple), il n'y a pas danger de gangrène; on peut essayer de conserver.

A. M.

I. — Des limites de la matrice de l'ongle. Applications au traitement de l'ongle incarné, par QUÉNU (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 250-258).

II. — Ongle incarné. Réponse à STOCQUART, par QUÉNU (*Ibidem, p.* 331-333).

I. — Après avoir démontré, contrairement à l'opinion classique en France, que la portion du lit de l'ongle qui le produit est limitée à la lunule et à la gouttière rétro-unguéale, Quénu propose le procédé suivant pour les onyxis bilatéraux invétérés :

L'ongle arraché, mener une tangente à la lunule, de ses deux extrémités faire partir, de chaque côté, une incision longitudinale qui empiète plus ou moins sur la face dorsale de la phalange, en prolongeant, pour ainsi dire, les bords latéraux de l'ongle ; soulever avec une pince la lèvre superficielle de la gouttière unguéale et pratiquer au fond une incision transversale qui complète le rectangle comprenant toute la matrice de l'ongle qu'on résèque. Il reste alors à disséquer le lambeau dorsal compris entre la queue des incisions latérales, à aviver son bord libre, et à l'attirer sur la perte de substance, où on le fixe par des points de suture latéraux.

Faite 9 fois sur 6 malades, cette opération a donné un très bon résultat, constaté 3 fois, de 4 à 5 mois après. La cicatrisation a demandé de 3 à 22 jours pour 6 orteils, 30 jours pour les 3 autres. L'iodoforme et les pansements humides sont mal supportés.

II. — Le procédé de Stocquart, qui réclame la priorité de ce procédé, est différent ; car ce chirurgien n'enlève que la gouttière rétro-unguéale et cherche à laisser repousser l'ongle, contrairement à Quénu.

MAURICE HACHE.

I. — Ueber idiopatische, acute eiterige Muskelentzündung (Sur la myosite aiguë suppurée idiopathique), par E. WALTHER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXV, p.* 260).

II. — Myositis ossificans, par HELFERICH (*XVIe Congrès des chirurgiens allemands*).

I. — D'après 19 observations, Walther décrit, sous le nom de myosite aiguë suppurée idiopathique, une maladie infectieuse d'origine parasitaire, qu'il range à côté de l'ostéomyélite et des polyarthrites infectieuses.

Sa cause directe serait souvent une auto-infection partie d'un furoncle ou d'un autre abcès et facilitée par un mauvais état général. Les formes cliniques sont très variables, depuis les petits abcès qui peuvent se résorber sans s'ouvrir, jusqu'aux suppurations rapides et profuses répondant à la description du « typhus des membres ». Le diagnostic précis est bien difficile à poser avant l'incision qui montre le siège de la suppuration dans la substance musculaire même. Le traitement n'emprunte d'ailleurs aucune indication au siège musculaire de l'affection.

MAURICE HACHE.

II. — Il s'agit d'un malade de 24 ans, dont il a été question en 1879. La maladie qui s'était développée très rapidement, a fait peu de progrès depuis ce temps. L'auteur insiste sur les déformations des pouces, et sur l'absence symétrique de la première phalange des deux orteils, qu'il a constatée pour la première fois sur le malade, mais qu'il a retrouvée depuis dans tous les cas.

Les muscles atteints subissent un raccourcissement qui met le membre

dans une certaine position. Cette position est définitive; elle ne peut plus être corrigée quand les muscles antagonistes sont pris à leur tour. Le malade en question a l'un des bras dans la flexion, parce que le biceps a été pris le premier; l'autre dans l'extension, parce que le triceps a été pris avant. — L'auteur considère que cette affection est de nature inflammatoire.

Volkmann se refuse à admettre l'origine inflammatoire et la nature rhumatismale de la myosite ossifiante. Dans un cas, il a extirpé un des os transformés et l'a trouvé pourvu d'une épiphyse revêtue de cartilage. C'est pourquoi il pense qu'il s'agit d'un vice de développement.

Helferich n'a pas pu trouver dans les registres d'autopsie un seul cas semblable à celui de Volkmann. En faveur de l'hypothèse d'une maladie inflammatoire, il invoque ce fait que chez son malade les ossifications se sont toujours produites dans les points qui avaient été le siège d'une pression ou d'un traumatisme. PIERRE DELBET.

OPHTALMOLOGIE.

Traité complet d'ophtalmologie, par de WECKER et LANDOLT (*T. I à III, in*-8°, *Paris*).

La publication de cet ouvrage est aujourd'hui assez avancée pour jeter un coup d'œil d'ensemble et donner une analyse succincte. Il remplace le traité de Wecker, mais, grâce aux acquisitions nombreuses de la science ophtalmologique dans ces derniers temps, le plan général a été très étendu, et on peut dire qu'il s'agit d'un ouvrage presque entièrement nouveau. La partie clinique est due à de Wecker, tandis que Landolt traite plus spécialement la partie mathématique et tout ce qui touche à l'optique. Chaque fois que cela a été nécessaire, on a fait appel à des collaborateurs qui ont particulièrement étudié l'une des branches de l'ophtalmologie. C'est ainsi que nous trouverons les noms de Iwanoff, Schwalbe et Waldeyer pour l'anatomie microscopique, de Snellen, de Nuel, etc....

Nous donnerons une rapide analyse de chacun des volumes, mais nous insisterons, bien entendu, sur les derniers fascicules parus, qui représentent le dernier mot de la science.

I. 1° *Maladies des paupières et de la conjonctive.* — L'histologie normale est faite par Waldeyer; on a reproduit la belle planche du traité de Græfe et Sœmisch représentant la coupe de la paupière supérieure, ce qui ajoute encore à la clarté de la description. Dans la partie clinique (Wecker) nous ne pouvons que signaler rapidement une anatomie pathologique plus exacte du chalazion, la description de tous les procédés de blépharoplastie, enfin une étude de la conjonctivite granuleuse très complète pour l'époque de la publication (1880).

2° *Ophtalmométrologie* (Landolt et Snellen). — C'est l'exposé de tous les moyens d'exploration de l'œil et des instruments qui ont été inventés dans ce but. On trouve notamment la mesure de l'acuité visuelle, avec

les principes de construction des échelles typographiques, la photométrie et la chromatométrie qui ont fait depuis de si nombreuses acquisitions, la périoptométrie, mesure du champ visuel et du champ du regard, dont les applications cliniques sont si importantes aujourd'hui, enfin des chapitres distincts consacrés à l'ophtalmoscopie, l'ophtalmométrie, la tonométrie, la pupillométrie, etc.

II. (Wecker). 1° *Cornée et sclérotique.* — Dans l'anatomie normale, Waldeyer décrit avec soin les éléments figurés de la cornée, il admet la présence de canaux du suc en communication probable avec les vaisseaux lymphatiques de l'œil : une place importante est donnée à la description de l'angle irido-cornéen avec son plexus caverneux, le canal de Schlemm et les espaces de Fontana ; c'est à ce niveau que se fait la filtration des liquides de la chambre antérieure. La pathologie générale de la cornée comprend l'étude de l'infiltration, de l'abcès et de l'ulcère cornéen, superficiels ou profonds : toutes les kératites peuvent être rangées dans ce cadre, pannus cornéen, kératite phlycténulaire, herpès superficiel d'une part, d'autre part les kératites interstitielles, bulleuses, neuro-paralytiques, l'hypopion, les ulcères profonds. Ces différentes lésions entraîneront des cicatrices, des anomalies de courbures, staphylomes, qui sont étudiées à la fin de ce chapitre.

Maladies du tractus uvéal. — Glaucome. — Nous ne pouvons insister sur les maladies de l'iris, de la choroïde ou du corps vitré, mais nous devons dire quelques mots du glaucome. D'après la marche, il est prodromique, chronique simple de Donders, chronique irritatif ou enfin aigu, foudroyant, hémorragique. Quant à sa cause principale, il faut admettre le défaut de filtration des liquides au niveau de l'angle iridien, il en résulte que l'indication principale est de rétablir cette filtration. Deux moyens sont en présence, l'iridectomie qui a donné d'excellents résultats, mais qui n'est pas toujours applicable, et la sclérotomie. L'auteur insiste sur l'efficacité de cette dernière qui agit en produisant une cicatrice filtrante, il décrit le manuel opératoire, car cette opération, en apparence simple, est assez délicate.

3° *Cristallin.* — Dans l'anatomie, il faut signaler l'opinion de Schwalbe sur les cristalloïdes antérieure et postérieure qui sont d'origine cuticulaire, mais la postérieure serait en outre renforcée par un reste de la capsule vasculaire qui va s'unir à la zonule de Zinn : celle-ci est la continuation de la membrane hyaloïde, disposée en plis radiés ; derrière elle, on trouve le canal de Petit qui ne présente une certaine largeur qu'au niveau du bord cristallinien. L'accroissement de la lentille est *appositionnel*, les fibres se superposent au niveau de la région équatoriale et le cristallin de l'embryon représente le noyau de l'adulte. C'est l'opération de la cataracte qui forme l'étude principale de ce fascicule. L'auteur a adopté dans la plupart des cas l'extraction simple à petit lambeau. La section de la cornée est faite au niveau de la jonction du limbe avec la portion transparente, et occupe environ le *tiers* de la circonférence. L'ouverture de la capsule se fait avec la pince kystitome que Wecker préconise de plus en plus ; l'extraction peut être faite par la pression des doigts à travers la paupière, mais la toilette du champ pupillaire sera faite avec le plus grand soin. Si, par suite d'un excès de tension, l'iris est difficilement réductible après l'extraction, on devra en

exciser une petite portion. Quelques considérations pratiques suivent l'étude du manuel opératoire. Un œil cataracté peut être opéré alors même que l'autre est entièrement sain. Il n'est pas nécessaire d'attendre la maturité complète, mais alors il faut particulièrement insister sur le nettoyage de la pupille. Il ne faut pas opérer les deux yeux dans la même séance.

III. f. 1 et 2. — *Réfraction et accommodation* (Landolt). — Dans la partie physique, très claire malgré les formules nombreuses que comporte le sujet, l'auteur rappelle les principes de la réfraction, en ce qui concerne la formation des foyers, le passage de la lumière à travers un système composé de trois surfaces réfringentes. Passant ensuite à la théorie des lentilles, il définit la dioptrie et arrive ainsi au système dioptrique de l'œil, surtout dans ses rapports avec la rétine, emmétropie et amétropie. Les défauts de la réfraction statique peuvent être modifiés par la réfraction dynamique, par l'accommodation, qui est alors étudiée dans son amplitude suivant les états de réfraction, myopie, emmétropie, hypermétropie, suivant l'âge et suivant aussi l'amplitude de convergence. Puis vient la description des méthodes de détermination de la réfraction et de l'accommodation de l'œil, c'est-à-dire la dioptométrie. Mais la partie clinique est plus intéressante encore, l'hypermétropie et la myopie entraînent des troubles visuels qui nécessiteront une thérapeutique spéciale, traitement optique ou traitement chirurgical suivant les cas.

3. *Amblyopies et amauroses* (Nuel). — Il est évident que si la physiologie et la pathologie de l'appareil nerveux de l'œil étaient parfaitement connues, ce chapitre devrait disparaître. Nous n'en sommes pas encore là et il nous faut admettre, quoique plus limité qu'autrefois, un chapitre de troubles de la vision, sans lésions des milieux, sans altérations visibles à l'ophtalmoscope, sans troubles de la réfraction. Ici les lésions sont rétrobulbaires ou intra-craniennes, et pour essayer de les localiser il faut de toute nécessité connaître à fond l'anatomie de la physiologie de l'appareil nerveux optique central. Un des faits les mieux établis, c'est la décussation partielle des fibres optiques au niveau du chiasma. L'hémianopsie homonyme démontre que chaque bandelette renferme des fibres optiques venues des deux yeux, que toutes les fibres d'une bandelette se rendent dans l'hémisphère du même côté, au niveau de l'écorce du lobe occipital, enfin que chaque partie interne de la rétine est innervée par des fibres venues de l'hémisphère opposé : il existe une zone, dont fait partie la fovea, qui est reliée aux deux hémisphères. Pour diagnostiquer la hauteur de la lésion, il faut tenir compte des symptômes concomitants, paralysies, anesthésies, etc. A propos de l'amblyopie toxique, Nuel rapporte les recherches de Samelshon, Nettleship et Vossius qui démontrent l'existence d'une névrite interstitielle chronique, dont le point de départ est dans les faisceaux centraux : le tissu conjonctif hypertrophié ne détruit pas immédiatement les fibres nerveuses, ainsi peut s'expliquer la restitution complète de la fonction. Quant à l'amblyopie hystérique, d'origine réflexe, elle ne présente aucune lésion reconnue, et ses formes symptomatiques sont variables, asthénopie, névropatique, kopiopie, amaurose unilatérale, etc.

Mouvement des yeux et leurs anomalies (Landolt et Éperon). — Le

résumé anatomique et physiologique des mouvements des yeux ne comprend pas seulement la description des muscles, mais encore les modes d'exploration, en particulier l'étude des champs de fixations monoculaires et binoculaires, l'amplitude de la convergence et les rapports avec l'accommodation. Il semble résulter aujourd'hui des nombreuses recherches sur les localisations cérébrales qu'il existe un centre cortical hémisphérique qui commande les mouvements associés des yeux, un centre cérébelleux de coordination et un centre protubérantiel d'innervation de chacun des muscles. Pour que la vision binoculaire se produise et que les deux lignes du regard se croisent sur le point de fixation, il faut qu'il y ait une synergie entre les divers mouvements des yeux. Cet équilibre peut être rompu : 1° par arrêt d'impulsion des centres coordinateurs (sommeil, coma, intoxications), c'est le strabisme dissocié; 2° par lésion des centres ou des cordons nerveux qui animent les muscles, strabisme paralytique; 3° par acte volontaire ou instinctif sacrifiant la vision binoculaire à une vision plus profitable pour l'individu, strabisme concomitant. Les deux dernières variétés sont seules importantes ; les auteurs étudient avec beaucoup de soins l'étiologie du strabisme paralytique et relatent les essais de localisations qui ont été faits pour les différents cas. Une place très importante est réservée au traitement chirurgical des strabismes par la ténotomie et l'avancement musculaire.

F. DE LAPERSONNE.

Contractions du muscle ciliaire sans astigmatisme statique (Astigmatisme spasmodique), par G. MARTIN (*Ann. d'oculistique, XCVII, p.* 141, *mars-avril*).

Donders ne croyait pas que, sans asymétrie cornéenne, il pût exister un astigmatisme dû à une différence de courbure du cristallin; il avait toujours pu constater une déviation sensible dans la position du cristallin. G. Martin pense qu'un astigmatisme dynamique peut exister dans un œil parfaitement conformé et dont le congénère est également exempt de tout vice de construction asymétrique; il l'appelle l'astigmatisme spasmodique. Toujours d'un faible degré, de 0,25 à 0,75 D, il paraît sous la dépendance du tempérament nerveux. Comme les autres variétés d'astigmatisme, il peut entraîner à la longue des migraines, des blépharites, etc., L'atropine n'a d'action que si on en fait un usage très prolongé : le meilleur traitement serait la médication tonique et antispasmodique.

F. DE LAPERSONNE.

Ueber Myopie und ihre Behandlung (De la myopie et de son traitement), par KNIES (*Arch. f. Ophth., XXXII,* 3).

Les premiers symptômes de la myopie se traduisent par une sensation de pression intra-oculaire et rétro-oculaire, une hyperesthésie de l'œil à la lumière, de l'asthénopie, des sensations entoptiques pénibles, des phosphènes, quelquefois des mouches volantes, absolument comme dans un début de choroïdite disséminée. Plus tard, l'acuité visuelle de loin diminue, et la réfraction devient positive (myopique). Objectivement, la lésion se traduit déjà par un élargissement de la pupille et des altérations du fond de l'œil, telles qu'hyperémie du nerf optique, et diminu-

tion du reflet rétinien, à tel point qu'on pourrait parfois croire à une véritable névrite, surtout lorsque la lésion est unilatérale ; mais jamais, au début d'une myopie, le nerf optique ne serait indemne, ce ne serait encore, d'après l'auteur, qu'une *myopie imminente,* par opposition à la myopie commençante, dans laquelle le croissant péripapillaire montre déjà l'allongement du globe oculaire.

Ce n'est que plus ou moins longtemps après qu'on voit apparaître le croissant atrophique, au côté externe du nerf optique. La myopie est stationnaire, si le croissant est nettement délimité, et la papille légèrement trouble ou mate; au contraire, une délimitation peu nette du croissant, surtout à son côté externe, et l'hyperémie du nerf optique indiquent bien que la myopie suit une marche progressive; en même temps, on trouve une coloration jaune ou brunâtre et des dépôts de pigment aux bords du croissant, du côté de la rétine qui paraît normale. Bien que certaines myopies de degré même élevé évoluent sans staphylôme postérieur, le croissant péripapillaire est cependant un bon signe d'augmentation de longueur de l'axe antéro-postérieur de l'œil. Signalons encore la raréfaction du pigment choroïdien, et consécutivement même l'atrophie de la membrane choroïdienne, surtout au pôle postérieur du globe; un certain reflet au côté interne de la papille; un spasme de l'accommodation qui peut aller jusqu'à 1 dioptrie.

La prophylaxie domine la thérapeutique. Les cures d'atropine n'ont qu'une valeur douteuse. L'auteur admet davantage l'action bienfaisante de l'ésérine, de la pilocarpine et surtout de la morphine; il recommande d'instiller tous les soirs avant le coucher une goutte d'une solution d'ésérine à 0,50 0/0 pendant 4 à 5 semaines; cette cure peut être renouvelée jusqu'à quatre fois dans le courant de l'année. L'auteur pense qu'en amenant une hyperémie des vaisseaux de l'iris, on dégage d'autant ceux du fond de l'œil. ROHMER.

Zur Ætiologie der ægyptischen catarrhalischen Cunjunctivitis (Étiologie de la conjonctivite catarrhale d'Égypte), par KARTULIS (*Centralbl. f. Bacteriol. u. Parasitenkunde, I, n°* 10).

On comprend sous le nom de conjonctivite catarrhale d'Égypte deux maladies différentes : la première est une conjonctivite blennorrhagique, dans le pus de laquelle Kartulis put, non seulement, à de nombreuses reprises, démontrer la présence du gonococcus caractéristique, mais encore déterminer le développement d'une urétrite par inoculation de ce pus oculaire.

Dans la seconde variété, la suppuration n'est pas aussi diffuse, aussi intense que dans la première espèce; ainsi que Koch l'avait déjà démontré, l'agent pathogène est un bacille assez semblable à celui de la septicémie de la souris, siégeant également dans les globules de pus de préférence. Sur six inoculations essayées sur l'homme avec des cultures, une seule fois, l'auteur a obtenu un résultat positif. Les complications sont beaucoup moins sérieuses que celles de la première variété de conjonctivite; il s'agit également là d'une maladie parasitaire, contagieuse, au développement de laquelle certains insectes ne semblent pas étrangers. W. ŒTTINGER.

Ueber den Coccus, welcher die Ursache der Keratitis phlyctenulosa ist (Le microcoque, cause de la kératite phlycténulaire), par M. BURCKHARDT (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *février* 1887).

D'après les cultures qu'il a faites et les inoculations qu'il a pratiquées, l'auteur conclut que, dans les phlyctènes cornéennes, il existe en très petit nombre un microcoque qui a la plus grande ressemblance avec le coccus flavus desidens, décrit par Flügge. Il est beaucoup plus petit que le coccus pyogenes aureus. La rareté de ce microcoque dans les phlyctènes explique pourquoi il se multiplie si difficilement dans les substances de culture ou sur la cornée du lapin. L'auteur pense qu'il est probable que c'est ce coccus qui est la cause unique et constante de la kératite et de la conjonctivite phlycténulaires.

Comme thérapeutique, le mieux est d'employer la galvanocaustie pour détruire les amas de microcoques, sans trop grande perte de substance de la cornée. Comme traitement consécutif, il sera bon d'empêcher l'eczéma de la face et de la tête, ainsi que la blépharite marginale. Enfin, après la cautérisation, il sera toujours bon de laver les culs-de-sac conjonctivaux avec une solution d'acide borique, et d'insuffler pendant quelque temps du calomel. ROHMER.

Contribution à l'étude des tumeurs primitives de la cornée, par A. PANAS (*Thèse de Paris*, *n°* 219, 1887).

Femme de 60 ans, porte depuis vingt ans, sur la partie centrale de la cornée, une petite tache rougeâtre : depuis neuf ans, développement à ce niveau d'une tumeur qui offre les caractères suivants : volume d'un pois, régulièrement circulaire, rattachée à la cornée par un feston légèrement rétréci ; le limbe est distant d'un bon millimètre, couleur gris ardoise, surface lisse et unie, insensibilité complète. L'œil est parfaitement sain, aucune injection perikératique, l'iris contractile, la tumeur gêne l'occlusion des paupières. On diagnostique : tumeur primitive de la cornée, de nature épithéliale (?) et on pratique l'excision de la tumeur au ras de la cornée ; séance tenante, la surface d'implantation est cautérisée au galvano-cautère. Pas de récidive au bout de treize mois. L'examen histologique, pratiqué par Malassez, a fait reconnaître qu'il s'agissait de mélano-sarcome fasciculé.

Quand les tumeurs primitives de la cornée, d'ailleurs très rares, sont superficielles et d'un petit volume, on doit se contenter de les enlever et cautériser à plusieurs reprises leur surface d'implantation. Ce n'est que lorsqu'elles provoquent des troubles du côté des membranes profondes de l'œil, que l'ablation de l'hémisphère antérieur ou l'énucléation sont indiqués. F. DE LAPERSONNE.

Liquide contenant de la cholestérine dans le canal lacrymal inférieur, par SCHIRMER (*Klin. Monasbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1887).

Une jeune fille a remarqué depuis 2 ans, à la partie interne de la paupière droite, une petite saillie allongée, que des médecins ont prise pour une veine dilatée ou un petit angiome. Au niveau du point lacrymal inférieur, on voit une petite élevure en forme d'ampoule, brunâtre, de 1 millimètre 1/2 de diamètre ; de ce point, part une petite saillie d'aspect analogue, large de 2 millimètres se dirigeant vers le pli semi-lunaire, près duquel il s'arrête brusquement. Le point lacrymal inférieur est bouché, pas de larmoiement. Avec la sonde du couteau de Weber, on perce la petite saillie du point lacry-

mal, et il s'en écoule quelques gouttes d'un liquide brun rougeâtre, huileux qui, recueilli dans un verre de montre, renferme des paillettes brillantes; celles-ci, au microscope, sont reconnues pour des cristaux de cholestérine; on y voit aussi des globules de lymphe, des détritus épithéliaux et quelques cristaux de triphosphates. L'auteur attribue l'origine de ce petit kyste à un traumatisme. En effet, la tumeur s'est reproduite, mais le contenu n'en était plus le même.

Iritis bei Diabetes, par SCHIRMER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1887).

Leber est le premier qui ait signalé la coïncidence entre l'iritis et l'irido-choroïdite et le diabète; il rapporte 9 cas personnels, et 8 autres dus à Wiesinger; Hirschberg, à son tour, en a publié 2 autres cas.

Un homme de 42 ans voit au mois d'août survenir une inflammation douloureuse de l'œil droit, que l'atropine n'arrive pas à améliorer; il s'agit d'une iritis avec injection périkératique intense. Cornée mate, et légèrement ponctuée à sa surface. Synéchies postérieures, qui ne permettent qu'une légère dilatation pupillaire en haut; léger exsudat plastique dans le champ pupillaire. Les doigts sont comptés à 2 mètres; l'atropine n'amène aucune dilatation, et la morphine ne calme pas les douleurs et ne provoque aucun sommeil. Sangsues à la tempe, qui amoindrissent un peu les symptômes douloureux. Pas de symptômes généraux du diabète, mais l'examen des urines révèle une densité de 1,056, et une forte proportion de sucre.

Trois mois plus tard, après l'usage du sel de Carlsbad, le sucre diminua, et l'atropine arriva à rompre les synéchies. L'acuité visuelle est égale à celle de l'œil sain.

L'auteur cite encore le cas d'un homme de 41 ans, myope de 2 D, diabétiqué, qui comme seul symptôme accusait des éblouissements, avec un scotome central double pour le vert. Au bout de 2 mois, survient subitement du coma; mort.

Ueber diabetische Sehstörungen (Des troubles visuels dans le diabète), par HIRSCHBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 8, *p.* 135, 21 *février* 1887).

Les troubles que le diabète détermine dans les organes visuels peuvent être classés de la façon suivante :

A. *Troubles sans modifications de structure appréciables des yeux.*

a) *Troubles de l'accommodation.* — Leur pronostic est bon quant au rétablissement des fonctions visuelles. Le diabète est souvent léger ou au début.

1° Le simple défaut d'énergie de l'accommodation, comme on l'observe après les affections débilitantes, en constitue la forme la plus bénigne. Les malades lisent les caractères les plus fins sans lunettes ou bien avec des lunettes séant à leur âge;

2° Véritable paralysie de l'accommodation, sans mydriase, comme à la suite de l'angine diphthéritique. Ces malades sont obligés de porter des lunettes plus fortes que ne l'exigerait leur âge et encore ne peuvent-ils pas toujours lire longtemps avec elles;

3° Nuages survenant brusquement devant les yeux et disparaissant par l'usage de verres convexes. Ces malades sont hypermétropes.

b) *Amblyopie.* — Le pronostic, nullement défavorable en ce qui concerne le trouble visuel lui-même, est grave au point de vue du diabète qui l'occasionne, car, sur sept malades, quatre sont morts dans l'espace

d'un an et un cinquième, très peu de temps après l'apparition de l'amblyopie.

L'amblyopie diabétique est caractérisée par la présence au sein du champ visuel (normal) d'une tache sombre qui entoure ou borde le point de fixation.

B. *Troubles avec modifications de structure appréciables à l'extérieur ou à l'ophtalmoscope :*

1° Kératite suppurée ;

2° Iritis exsudative, telle qu'on la rencontre dans la syphilis, le rhumatisme et l'albuminurie ;

3° Cataracte, incurable par le traitement interne; le pronostic de l'opération est le même que pour les cataractes ordinaires ;

4° Opacités du corps vitré, qui sont curables et tiennent peut-être à des hémorragies rétiniennes ;

5° Lésions rétiniennes : *a*) petits foyers, circonscrits, brillants, groupés au voisinage du point de fixation; *b*) hémorragies, les unes sous forme d'infarctus, provenant de thromboses veineuses et occupant tout le pourtour du nerf optique (le pronostic en est mauvais au point de vue de la vision), les autres sous forme d'hémorragies isolées, se rencontrant surtout dans les diabètes anciens ;

6° Névrite optique (névrite axile, se traduisant par les mêmes troubles fonctionnels que l'amblyopie). On peut observer, en outre, soit une diminution du champ visuel, soit de la xanthopsie ;

7° Diplopie paralytique, tenant le plus souvent à l'inertie du moteur oculaire externe, moins souvent à celle du moteur interne ou à des paralysies complexes ;

8° Furoncles palpébraux chroniques. J. B.

Ueber einen geeigneten Dauerverband nach Staaroperationen (Un pansement permanent après l'opération de la cataracte), par WICHERKIEWICZ (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., décembre* 1886).

Comme Hirschberg, l'auteur a cherché à protéger l'œil opéré contre les attouchements et les mouvements intempestifs des malades, surtout chez les alcoolisés.

Voici comment il procède :

Depuis 2 ans, il emploie à sa clinique un bandage occlusif fait avec des bandes de gaze apprêtées, trempées dans du sublimé au 1/1000e ; il a pu s'assurer qu'après l'extraction de la cataracte, la guérison est bien plus rapide, lorsqu'on n'enlève le pansement que le 3e, le 4e ou même le 5e jour; on ne le renouvelle, au bout de 24 heures, que s'il existe des symptômes d'inflammation. L'antisepsie est assurée de la façon suivante : La veille de l'opération, le patient prend un purgatif, et, s'il y a lieu, un grand bain. L'œil à opérer est cocaïnisé 10 minutes avant l'opération. Lorsque l'anesthésie locale est assurée, on lave les paupières et les parties environnantes avec du savon, puis du sublimé au 1/1000e. Les voies lacrymales sont irriguées avec du sublimé au 1/5000e; de même pour les culs-de-sac conjonctivaux après renversement des paupières, avec une solution au 1/10,000e. On emploie cette même solution pour irriguer le champ opératoire, d'après les conseils de Graefe, pendant et après l'opération. Puis, sur les paupières fer-

mées, on applique un petit carré de gaze iodoformée, du coton, et finalement la bande de gaze au sublimé. Les résultats auraient toujours été excellents. ROHMER.

De l'extraction de la capsule antérieure dans l'opération de la cataracte, par PEIGNON (*Thèse de Paris, n°* 192, 1887).

Dans les cataractes séniles ordinaires, la discission de la capsule avec le kystitome est avantageusement remplacée par l'extraction d'un lambeau de la capsule antérieure avec les pinces kystitomes. Ce procédé n'offre aucun danger au point de vue de la rupture de la zonule de Zinn et de la luxation du cristallin. Toutes les fois qu'il y a des plaques capsulaires ou un épaississement notable de la cristalloïde, il est préférable de faire la discission équatoriale, et, pour la faciliter, de pratiquer l'iridectomie, puis, avec des pinces à pupille, extraire le sac capsulaire tout entier. L'arrachement ou l'extraction de la capsule antérieure en partie, ou dans sa totalité, sont les meilleures garanties contre les cataractes secondaires et les enclavements capsulaires pouvant survenir après l'opération. F. L.

I. — Ueber die durch Blitzschlag bedingten Augenaffectionen (Des affections de l'œil produites par la foudre), par A. VOSSIUS (*Berlin. klin. Woch., n°* 19, *p.* 304, *et n°* 20, *p.* 323, 10 *et* 17 *mai* 1886).

II. — Anæmie des Nervus opticus und der Retina durch Blitzschlag (Anémie du nerf optique et de la rétine par fulguration), par UHLE (*Klin. Monatsbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1886).

III. — Ein weiterer Fäll von Katarakt nach Blitzschlag (Nouveau cas de cataracte par fulguration), par MEYHŒFER (*Ibidem, septembre* 1886).

I. — Dans le fait suivant, l'auteur a pu suivre pas à pas le développement d'une cataracte consécutive à une lésion de l'œil, causée par la foudre. Un homme de 29 ans, sans antécédents oculaires, à la suite d'un coup de foudre, a une perte de connaissance qui se prolonge 2 heures. Mais aucune brûlure sur le corps. Ses cils sont flambés, la cornée est légèrement brûlée et enflammée ; il existe un spasme du muscle de l'accommodation, une irido-cyclite qui récidive plusieurs fois. Puis, au bout de 8 semaines, se montrait une cataracte polaire antérieure de l'œil droit sans qu'il y ait eu antérieurement trace d'une solution de continuité de la capsule cristallinienne et un léger degré d'atrophie du nerf optique. L'œil reste très sensible à l'action de la lumière vive qui provoque immédiatement une injection de la conjonctive et de l'épiphora.

Comme, au début, le cristallin avait conservé sa transparence normale, c'est à l'irido-cyclite qui s'est manifestée aussitôt après l'accident, que Vossius rattache la production de la cataracte.

En 1882, Leber (*R. S. M.*, XXII, 334) a réuni 19 cas d'affections oculaires occasionnées par la foudre; depuis lors, il en avait été publié 3 nouveaux exemples par Purtscher (*Archiv f. Ophth.*, XXIX, 1883); Pagenstecher (*Arch. für Augenheilk.*, XIII, 1884) et par Laker (*idem*, XIV, 1883).

Sur ce total de 23 observations, 12 sont antérieures à l'invention de l'ophtalmoscope, de sorte qu'on manque de détails sur la nature des lésions. 9 fois on a constaté le développement d'une cataracte, qui fut double chez 5 malades. Pagenstecher, comme Leber, a opéré avec

succès la cataracte; mais le rétablissement de la vision a laissé à désirer grâce à la présence d'autres lésions internes de l'œil dues à la foudre.

J. B.

II. — Une femme de 22 ans est atteinte par la foudre, et reste sans connaissance pendant 3 heures 1/2; parésie de tout le côté droit, qui disparaît au bout de 20 jours; de l'œil droit, la malade voit tout à travers un brouillard. Voici son état 23 jours après l'accident :

Aspect général bon, santé excellente, intelligence très nette. A la tempe droite, est une mèche de cheveux brûlés, de l'étendue d'une pièce de 5 francs.

L'aspect extérieur de l'œil droit et de ses annexes est normal : la pupille a été dilatée par l'atropine. La pression développe nettement des phosphènes dans l'œil gauche, mais l'œil droit reste absolument muet à ce genre de renseignement. Pas de sensations lumineuses subjectives. A gauche, V. normale = n° 1 de Jaeger; à droite, la malade lit péniblement le n° 24 de Jaeger; elle reconnaît et distingue facilement les couleurs.

A l'ophtalmoscope : les milieux de l'œil sont nets, pas de troubles du vitrum, fond de l'œil normal; la pupille est mate, blanche, les vaisseaux rétiniens notablement diminués de volume en comparaison de ceux du côté opposé.

Le diagnostic est : anémie du nerf optique et de la rétine par irritation chronique du nerf sympathique.

Depuis le moment de l'accident (3 semaines), la vision ne s'est pas améliorée.

On prescrit comme traitement de la teinture de noix vomique. Au bout de quelques jours, il n'y a aucun changement; l'auteur, pensant que le nerf optique aurait le temps de s'atrophier bien avant que la préparation de strychnine ait agi, essaya de réveiller la nutrition de ce nerf par des inhalations de nitrite d'amyle. Après une seule inhalation d'une goutte du remède, l'acuité visuelle monta de 24 Jaeger à 22. Pour éliminer les erreurs provenant de la parésie de l'accommodation et de la mydriase, on instilla dans la même séance 3 gouttes d'une solution d'ésérine à 1 0/0 et au bout de 15 minutes la patiente lisait le n° 15 Jaeger. Ces instillations furent continuées par la malade, pendant le reste de la journée. Le lendemain (23 juin), elle lisait le n° 9 Jaeger, et, après inhalation de 2 gouttes de nitrite d'amyle, le n° 3 Jaeger.

25 juin. La pupille droite est presque égale à la gauche, elle se meut assez bien sous l'influence de la lumière. L'ophtalmoscope montre que la pupille est encore blanche dans sa partie inférieure, mais que, dans le reste de son étendue, elle a la couleur rosée normale. Les vaisseaux rétiniens sont de calibre égal à ceux de l'autre côté. A 4 heures 15 du soir, l'acuité visuelle de 1 Jaeger pour l'œil gauche sain; monta à 2 Jaeger pour l'œil droit malade; après inhalation de 3 gouttes de nitrite d'amyle, la malade lit le n° 1 Jaeger de l'œil droit. On supprime l'ésérine.

26 juin. Lit le n° 1 de l'œil. Pupille un peu dilatée; de nouveau ésérine.

28 juin. Pupille normale : V = 10/20.

29 juin. Encore légère parésie de l'accommodation; avec + 40 V — 10 10.

30 juin. La malade s'en retourne complètement guérie, ne conservant plus qu'un léger nuage devant l'œil.

ROHMER.

III. — Neuvième observation ajoutée à celles de Fage, Brisseau, Rivaud-Landreau, Servais, Downar, Leber, Pagenstecher et Laker. Dans le cas de Vossius, publié plus haut, il ne s'agit en réalité que d'une cataracte secondaire, puisque celle-ci n'est survenue qu'après l'iridocyclite causée par la foudre. L'auteur admet avec Leber que, seule, l'action physico-chimique de l'électricité sur la substance cristallinienne doit être

considérée comme la cause de la cataracte. Voici, du reste, le cas de Meyhœfer :

Une femme de 30 ans est frappée et renversée par la foudre dans sa chambre ; elle ne revient à elle qu'au bout de 24 heures, et l'on constate que toute la moitié gauche du corps est gonflée et rouge, mais sans être brûlée ; paralysie de la langue et des membres gauches. Au bout de 24 heures, tout avait disparu. Mais, dès que cette femme eut repris connaissance, elle se plaignit de photophobie intense des deux yeux ; elle avait comme un voile devant la vue. Le premier jour, l'œil droit voyait moins bien que le gauche ; mais il ne tarda pas à s'améliorer au bout de quelques jours. L'œil gauche, au contraire, restait moins bon.

Examiné 24 heures après l'accident, l'œil gauche montra une notable injection de la conjonctive, et une cataracte survenue consécutivement à la fulguration ; au toucher, le globe était très douloureux. Pas de déchirure de la cristalloïde. Après avoir dilaté la pupille par l'atropine, on vit que le trouble siégeait dans la cristalloïde, et était limité en bas par une ligne horizontale au-dessous de laquelle la transparence était conservée. La substance corticale est parsemée d'un petit pointillé très fin appréciable seulement avec un éclairage au miroir plan. Le fond de l'œil peut être examiné, et se trouve tout à fait normal.

Les doigts sont comptés à 15 pieds, et la femme lit le n° 14 de Jaeger à 8 pouces.

Rien à l'œil droit : V = 20/30.

Ein Fäll von Augenverletzung durch Blitzschlag (Un cas de blessure de l'œil par la foudre), par KNIES (*Arch. f. Ophthalm.* *XXXII*, 3).

Un jeune garçon, âgé de 10 ans, était à la fenêtre regardant un orage et fut frappé de la foudre, il tourna lentement une ou deux fois sur lui-même et tomba sans connaissance. Au bout de 2 heures, il reprit connaissance, mais les paupières des deux yeux, surtout du droit, étaient enflées et les yeux larmoyants. Knies, appelé trois jours et demi après l'accident, constata sur le front et la tempe droite des traces de brûlure qui se continuaient le long du sterno-mastoïdien et sur la moitié droite du corps jusqu'au pied. Des deux côtés, les cils étaient brûlés, il y avait une légère ptosis et une opacité diffuse des cornées. En outre, à droite, cataracte polaire postérieure étoilée et de larges stries opaques dans le cristallin depuis l'équateur jusqu'au pôle antérieur de la corticale. Amaurose absolue. A gauche, quelques larges stries cataractées surtout au côté interne du cristallin ; toutefois on pouvait encore voir le fond de l'œil normal. V. 1/2 correspondant à l'état de la cornée.

Quinze jours plus tard, l'amaurose de l'œil droit existait encore, mais le malade prétendait avoir eu quelquefois une lueur passagère de cet œil. La cataracte avait augmenté, mais sans tuméfaction du cristallin. A gauche, au contraire, la cornée et le cristallin s'étaient complètement éclaircis. Hypotonie des deux yeux.

Deux mois après l'accident, œil gauche normal. La ptosis des deux yeux a disparu, et il ne reste sur le droit qu'une cataracte mûre avec bonne sensation lumineuse et bonne projection ; en outre deux petites synéchies postérieures. Extraction le 4 novembre ; guérison normale, mais avec cataracte secondaire, nécessitant plus tard une opération consécutive. Knies croit que l'amaurose était due à des hémorragies capillaires du nerf optique. Quant à la cataracte, il croit à une contraction violente du muscle ciliaire qui n'aurait occasionné dans l'œil gauche que des troubles optiques passagers, tandis qu'à droite elle aurait amené une légère dislocation du cristallin avec cataracte consécutive. ROHMER.

Klinische Bemerkungen ueber Commotio Retinæ (Remarques cliniques sur la commotion de la rétine), par OSTWALD (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., février* 1887).

Déjà, en 1873, Berlin avait donné la description clinique de la commotion rétinienne avec toutes ses particularités, et l'avait considérée comme un œdème rétinien traumatique, résultant du choc d'un objet contondant contre le globe de l'œil. Les symptômes fonctionnels consistent surtout en une diminution notable de l'acuité visuelle centrale sans lésion bien nette de la vision périphérique. A l'ophtalmoscope, Berlin avait trouvé, à l'endroit du choc ainsi qu'au point diamétralement opposé (coup et contre-coup), un trouble qui disparaissait quelques jours après le traumatisme.

Des trois cas qu'il a observés et d'autres qu'il a recherchés dans les publications périodiques, Ostwald conclut que le trouble de la vision centrale n'appartient pas à la symptomatologie de la commotion rétinienne, tandis que la diminution de la vision excentrique est constante.

Généralement la lésion ne se traduit que par de rares symptômes, et, lorsque les malades accusent un signe quelconque, ce n'est que par accident. ROHMER.

De la rétinite brightique sans albuminurie, par GAND (*Thèse de Paris, n°* 236, 1887).

Il existe des cas de rétinite, dite albuminurique, sans albumine dans les urines, aussi est-il préférable de lui donner le nom de rétinite brightique. Les troubles visuels primant quelquefois tous les autres symptômes, c'est par l'ophtalmoscope qu'on découvre la lésion rénale. Dans la néphrite interstitielle, elle indique toujours une période avancée de la maladie, quel que soit d'ailleurs le peu d'importance ou le peu d'intensité des autres manifestations brightiques. Dès lors, le régime lacté devra être institué dans toute sa rigueur. F. L.

Contribution à l'étude de la cause des amauroses consécutives aux hémorragies par E. ZIEGLER (*Il Morgagni, mars* 1887).

L'auteur a examiné les yeux d'une femme morte 23 jours après le début d'une amaurose consécutive à des hémorragies gastriques et intestinales symptomatiques d'un ulcère du duodénum. Le nerf optique, au niveau de son passage à travers la lame criblée, renfermait des gouttelettes graisseuses, libres ou contenues dans les cellules rondes ou dans les cellules allongées, sans qu'il y eût de traces de fibres nerveuses. Les lésions de la rétine siégeaient principalement dans la couche des fibres nerveuses et dans celle des cellules ganglionnaires ; les autres couches ne présentaient que des altérations légères ; ces lésions étaient surtout prononcées autour de la papille, et consistaient en une dégénérescence graisseuse des cellules de soutien et des éléments nerveux, qui étaient plus ou moins remplis de gouttelettes de graisse. Dans la portion orbitaire du nerf optique, il y avait des gouttelettes de graisse dans la gaine médullaire des faisceaux nerveux, les cylindres axes des faisceaux nerveux étaient en grande partie conservés.

Les lésions sont, en résumé, celles des dégénérescences ischémiques, sans traces d'altérations inflammatoires. Ce processus dégénératif est dû à une diminution locale de la circulation sanguine, par suite de la contraction vasculaire due à l'anémie. GEORGES THIBIERGE.

Untersuchungen über den Einfluss des chronischen Alcoholismus auf das menschliche Sehorgan (Recherches sur l'influence de l'alcoolisme chronique sur l'organe visuel de l'homme), par **UHTHOFF** (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXII*, 4).

Uhthoff a examiné à la clinique psychiatrique de l'Université de Berlin et à l'asile d'aliénés de Deldorf, 1,000 alcooliques. Sur ce nombre de malades, il a constaté 139 fois la décoloration de la moitié temporale de la papille, 9 fois une amblyopie toxique, sans altération ophtalmoscopique, 53 fois un léger trouble de la papille et de la portion adjacente de la rétine, 10 cas d'hyperémie de la papille, 7 hémorragies rétiniennes, 60 cas d'anomalies de la papille, 22 des muscles de l'œil, 4 xéroses partielles de la conjonctive, 29 anomalies congénitales diverses des yeux et 80 cas de complications accidentelles avec d'autres maladies de l'œil.

Dans 7 cas d'amblyopie alcoolique, avec décoloration partielle de la papille, Uhthoff eut l'occasion d'assister à l'autopsie et put examiner les nerfs optiques et la rétine. Les résultats varient sous le rapport de la maladie, mais dans tous il s'agit d'une névrite optique rétrobulbaire analogue à celle du cas bien connu de Samelsohn et pareille à celle que Uhthoff a lui-même décrite précédemment.

Dans une seconde partie de son travail, Uhthoff étudie les altérations ophtalmoscopiques observées à la clinique du professeur Schœler dans 100 cas d'amblyopie toxique. Il nota 63 fois la décoloration atrophique de la moitié temporale de la papille, 8 fois le trouble de la papille et de la rétine, un cas d'hémorragie rétinienne et 28 fois l'examen ophtalmoscopique fut négatif. ROHMER.

Ueber Verletzungen der Augen durch Dynamit (Blessures des yeux par la dynamite), par **HIPPEL** (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXII*, 3).

Hippel, dont la clinique à Giessen est située au centre d'un grand nombre de mines, d'usines, et de fonderies, a eu l'occasion d'observer 20 accidents dus à la dynamite. Les malades avaient naturellement des blessures très différentes, mais certaines lésions étaient presque constantes. C'étaient d'abord des brûlures plus ou moins étendues de la peau, du visage et des paupières. Il y avait en outre constamment des hémorragies sous-conjonctivales et une brûlure plus ou moins intense de la conjonctive, tantôt avec chémosis, tantôt avec cette décoloration jaunâtre et absence des vaisseaux qui est particulière aux brûlures profondes, de nombreux corps étrangers et des déchirures de la conjonctive et de la sclérotique. Les altérations les plus caractéristiques sont celles de la cornée où, à côté des blessures les plus diverses comme forme ou étendue, on trouve toujours de nombreuses opacités ponctuées, blanchâtres qui ne sont autre chose que des incrustations de sable projeté dans l'œil par la violence de l'explosion, de la farine siliceuse dont on se sert pour la fabrication de la dynamite. Ce sont là les symptômes dans les cas les plus légers et ceux-là n'existaient que sur 10 yeux, tandis que, sur les 27 autres, il y avait en outre de graves lésions, déchirures de toutes les membranes de l'œil, iridodyalise, cataracte traumatique, corps étrangers, et plus tard abcès du corps vitré et décollements rétiniens. En somme, les blessures de l'œil par la dynamite sont excessivement graves

et, sur les 40 yeux, il y en eut 21 absolument perdus et 7 individus complètement aveugles. ROHMER.

Sehstörungen nach Anwendung des Galvanokauters in der Nasenhöhle (Troubles visuels consécutifs à l'emploi du galvano-cautère dans la cavité nasale), par ZIEM (*Centralbl. f. prakt. Augenkeilk.*, *mai* 1887).

Berger, de Gratz, a été le premier qui aurait observé, après une cautérisation de la muqueuse nasale et une nécrose consécutive du squelette sous-jacent, une diminution notable de l'acuité visuelle de l'œil du même côté ; il compare ce fait aux amblyopies consécutives aux lésions dentaires.

Ziem rapporte deux cas dans lesquels, à la suite d'une cautérisation de la muqueuse nasale, les malades accusèrent une diminution de l'acuité visuelle, et l'ophtalmoscope révéla un peu de congestion du fond de l'œil avec pouls veineux ; chez un troisième malade, les mêmes phénomènes survinrent à la suite de la destruction d'une tumeur érectile située à l'angle interne de l'œil.

L'auteur admet une relation vaso-motrice entre la région cautérisée et l'œil, surtout sa partie vasculaire, le corps ciliaire ; même chose aurait été observée par lui, pour la peau des joues, la muqueuse de l'oreille moyenne, du sinus maxillaire, du sinus frontal, et même les méninges. Ziem conseille de laisser de côté la galvanocaustie de la muqueuse nasale, et de la remplacer par des scarifications, ou des sangsues, lorsqu'il s'agit de produire une dérivation pour une maladie des yeux. ROHMER.

Névrite rétro-bulbaire périphérique aiguë de l'œil droit, par LANDESBERG (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk.*, *août* 1886).

Une jeune fille de 17 ans, peu d'heures après avoir fait la lessive dans un courant d'air, fut prise de douleurs intenses dans le front et la tempe droite, puis dans toute la moitié droite de la tête. La douleur semble venir du fond de l'œil; en même temps, la malade accuse des scintillements, des éclairs, des étincelles qui passent et repassent devant l'œil malade ; le lendemain, il se fait un peu de calme, et la malade constate que *tout est noir* devant son œil. L'examen pratiqué le troisième jour montre un peu de parésie du facial. Le globe de l'œil est d'aspect normal ; la pupille est un peu dilatée, et réagit peu à la lumière. La malade ne compte les doigts qu'à 6 pouces. Scotome central de forme ovalaire, dans le champ duquel toute perception de couleur est abolie. En dehors du scotome, le bleu seul est perçu ; le vert et le rouge paraissent noirs. La tension de l'œil est normale ; le fond de l'œil ne présente rien de particulier. La malade évite de faire le moindre mouvement avec son œil, à cause des douleurs énormes que cela lui occasionne. La région sus-orbitaire est douloureuse à la pression ; la sensibilité tactile de la peau est normale. L'œil gauche est sain.

L'état général de la malade est excellent.

On administre l'iodure de potassium à haute dose (6 gr. par jour), et dès le deuxième jour, on constate une notable amélioration, et, le neuvième jour, tout était à peu près rentré dans l'ordre. A aucun moment de la maladie, le fond de l'œil n'avait été altéré. ROHMER.

Contribution à l'étude de l'atrophie du nerf optique à la suite de l'érysipèle de la face, par DUFAUT (*Union médicale*, 21-23 *décembre* 1886).

X..., soldat, est incorporé en décembre 1883. Acuité visuelle normale ; en février 1884, érysipèle intense du côté droit de la face ; en novembre, nouvel

érysipèle du même côté. Pendant la convalescence, il constate une certaine difficulté à lire; il voit trouble; ces accidents s'atténuent peu à peu. Janvier 1885, 3e érysipèle du côté droit de la face, avec gonflement énorme des paupières; dès que le malade put ouvrir les yeux, il constata que l'œil droit avait peine à supporter la lumière, que la vue était trouble. Au printemps de 1886, on constata les symptômes suivants : la paupière inférieure droite est gonflée; elle retombe au-devant de l'œil, et ne peut être relevée qu'incomplètement; il existe un point douloureux au niveau de l'émergence du nerf susorbitaire; la pupille est paralysée et reste insensible à l'action de la lumière; le fond de l'œil est rouge; puis, au bord inférieur de la papille, il y a quelques plaques de choroïdite atrophique, la papille est décolorée surtout au centre; il y a de l'œdème péripapillaire. L'œil gauche est sain.

Dufaut discute les théories diverses émises pour expliquer l'atrophie de la papille et conclut à une hypothèse éclectique; névrite optique, œdème compressif, thrombose, etc. Toutes ces lésions peuvent être la cause des phénomènes observés. Il insiste sur la marche lente progressive, dans le cas qu'il a observé, par opposition à la cécité rapide signalée habituellement. H. L.

Retrobulbäre Neuritis nach Erysipelas Faciei. Heilung, par WEILAND (*Deutsche med. Woch.*, *n*° 39, *p.* 677, 1886).

Servante de 16 ans, atteinte d'érysipèle de la face le 25 avril. Gonflement des paupières à droite; le 29 avril, en relevant la paupière supérieure, elle s'aperçoit qu'elle est aveugle du côté droit.

Examen le 5 mai. Amaurose complète, pupille dilatée mais réagissant encore un peu sous l'influence de la lumière. Papille opaque, vaisseaux minces; on ne distingue pas les veines des artères. Rien dans les autres parties de la rétine. L'auteur admet une névrite optique.

Le 12 mai, on ne constate plus rien d'anormal à l'ophtalmoscope; pour la première fois, l'œil est impressionné par la lumière. Pupille rétrécie.

A partir de ce moment, amélioration progressive. Guérison complète le 20 mai.

Traitement : injections de pilocarpine, puis de strychnine. L. GALLIARD.

Influence de l'érysipèle sur les maladies des yeux, par DUFOUR (*Revue médic. Suisse romande*, *VI*, 632, *octobre* 1886).

Cette influence est favorable à la guérison des kératites phlycténulaires chroniques. Malheureusement l'érysipèle nasal amène quelquefois une conjonctivite infectieuse par propagation le long du canal lacrymal. Ces cas se compliquent fréquemment d'une forme de kératite ulcéreuse qui aboutit facilement à la perforation. L'ulcère prend un caractère serpigineux; il a la forme d'un croissant et peut arriver à figurer un cercle fermé, à la périphérie de la cornée. La perforation peut se produire en 24 heures; elle est souvent multiple. Les ulcères sont probablement causés par l'accumulation de la sécrétion conjonctivale sous le limbe cornéen. L'iodoforme est l'agent thérapeutique le plus efficace contre cette terrible maladie. J. B.

Ueber Glaukom par RHEINDORF (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *avril* 1887).

L'auteur résume sa manière de voir dans les propositions suivantes :

1° Le glaucome primitif n'est, pour lui, que l'expression de l'empêchement qu'il y a pour les liquides de s'écouler des parties postérieures

dans les parties antérieures de l'œil, et cela, grâce à une sclérose du diaphragme que forment la zonule et le cristallin ;

2° Le glaucome secondaire est dû à une hypersécrétion de liquide consécutive à une irritation d'une partie du tractus uvéal, surtout du corps et des procès ciliaires.

Ainsi donc, l'essence même du glaucome primitif et secondaire n'a rien de commun, quand même l'apparence ultérieure et le symptôme semblable, augmentation de pression, sont les mêmes dans les deux cas. Mais il n'est pas dit que l'observation ultérieure ne démontrera pas que, dans le glaucome primitif, l'augmentation de pression a lieu dans la partie postérieure de l'œil, tandis que dans le glaucome c'est à la fois dans les chambres postérieures et antérieures, mais surtout dans cette dernière qu'a lieu le phénomène de l'hypertonie. ROHMER.

Panophtalmie infectieuse, par GAYET (*Lyon méd.*, 30 *janvier* 1887).

Une jeune fille entre dans le service de Gayet pour un phlegmon oculaire avec accidents généraux graves, d'apparence typhique. Enucléation de l'œil. Guérison. Le pus de ce phlegmon, recueilli avec les précautions usitées, a été cultivé dans le bouillon peptonisé, sur la gélatine : toutes les cultures contenaient les staphylocoques albus et aureus. Une injection de quelques grammes du bouillon de culture sous l'œil d'un lapin a déterminé la mort en 11 heures; une injection de 2 centigrammes dans l'œil d'un autre lapin a déterminé la fonte purulente de l'œil.

La malade eut, dans la convalescence, un petit anthrax. La culture du pus de cet anthrax, inoculée dans l'œil d'un lapin a déterminé également la fonte purulente de l'œil. Enfin, du sang de la malade, recueilli au 20e jour, fut cultivé; le produit de culture injecté dans l'œil d'un lapin n'amène que de l'iritis plastique avec trouble de la cornée.

Dans les trois cas, on trouvait le même microbe, les staphylocoques aureus et albus et Gayet pense que la préexistence dans le sang de la malade, qui avait eu quelque temps auparavant de l'ostéopériostite du maxillaire, du microbe de l'ostéomyélite a été la cause de l'anthrax et de la panophtalmie. A. C.

Un nouveau cas de colobome central ou maculaire, par Van DUYSE (*Annales d'oculistique, XCVI, 3 et 4, p.* 189).

Dans cette observation, il existait, en outre de l'excavation maculaire, un large cercle de scléro-choroïdite postérieure, un état diffus du bord de la pupille et une petite plaque d'atrophie choroïdienne à quelque distance de la pupille. Ce cas semble donner un nouvel appui à la théorie, émise d'abord (par Deutschmann) et qui est confirmée par les examens histologiques récents : c'est qu'on peut invoquer un processus inflammatoire intra-utérin, au niveau de la fente fœtale de l'œil, comme cause d'un certain nombre de colobomes du fond de l'œil. Il existerait donc des choroïdites fœtales colobomateuses, pouvant siéger tantôt au niveau de la macule, tantôt vers le plancher oculaire. Quant à la cause première, il est encore bien difficile de la préciser, certaines diathèses comme la tuberculose ou la syphilis congénitales ne pourraient-elles pas produire diverses variétés de choroïdites fœtales, ectatiques ou non? (Panas.) F. DE LAPERSONNE.

The action of myotics and mydriatics on the accomodation, par LANG et BARRETT (*The roy. London ophth. hosp. Reports, XII*, 3, *p.* 219).

Dans une série d'expériences, les auteurs ont recherché l'action de l'atropine, ou de l'homatropine associées à la cocaïne, sur la pupille et sur l'accommodation : ils montrent que, lorsque, dans un collyre, on associe la cocaïne avec l'homatropine, on obtient beaucoup plus vite la dilatation de la pupille et la paralysie de l'accommodation qu'avec l'homatropine seule, ce qui aura son application dans les examens ophtalmoscopiques et dans tous les cas analogues. Une seule goutte d'ésérine produira ensuite la contraction de la pupille et un rapprochement du p. p. suffisant pour que le sujet puisse, au bout de quelques minutes, se remettre à son travail ordinaire. F. L.

MALADIES DES OREILLES, DU NEZ ET DU LARYNX

Ueber Correktion der Nasenscheidewand (Redressement de la cloison des fosses nasales), par HEYMANN, HARTMANN, BŒCKER, SCHŒTZ (*Berliner klinische Wochens.*, *n°* 20, *p.* 329, *et n°* 21, *p.* 348, 17 *et* 24 *mai* 1886).

Sur 250 personnes atteintes d'affections nasales, *Heymann* n'en a trouvé que 9 ayant une cloison des fosses nasales normale, sans déviation. De ces 9 malades, 7 avaient de l'ozène et les 2 autres une perforation syphilitique de la cloison. Or ces anomalies, si fréquentes, donnent lieu d'une part à des symptômes d'obstruction des narines, d'autre part à des névroses réflexes que Jarvis a seul jusqu'ici signalées.

Heymann a observé 4 cas de névroses réflexes (2 asthmes, 1 névralgie de la première branche du trijumeau et une paresthésie du pharynx) qui ont été complètement guéries par la suppression d'un simple épaississement de la cloison.

Quand ces anomalies de la cloison se traduisent tout d'abord par des signes d'obstruction, on ne s'attache le plus souvent qu'aux lésions qu'elles entraînent à leur suite, au coryza chronique, au catarrhe chronique du pharynx, en négligeant la lésion qui leur a donné naissance ; ces anomalies de la cloison siègent sur la portion cartilagineuse dans l'immense majorité des cas.

Pour enlever les épaississements de la cloison, Heymann se sert du ciseau employé par le sculpteur sur bois. Il ne conserve de la muqueuse que ce qu'il en faut pour recouvrir la surface saignante ; en agissant autrement, on s'expose à une récidive de l'obstruction. Lorsque la déviation est trop considérable pour que cette opération suffise, Heymann fracture ensuite, avec une pince, la cloison déjà réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier et fait chevaucher les fragments qu'un tampon d'ouate suffit à maintenir en place. Heymann a pratiqué plus de 60 opérations semblables qui ne sont nullement douloureuses, aussi a-t-il géné-

ralement renoncé à la chloroformisation, se contentant de badigeonner de cocaïne la muqueuse.

Hartmann ne croit pas que ces voussures de la cloison soient aussi communes que Heymann le pense. Pour lui, la nécessité de l'opération se réduit à 1 ou 2 cas sur 500 ou 700 malades. Il est des obstructions complètes d'une narine qui n'occasionnent pas le moindre phénomène morbide. Hartmann n'a jamais trouvé nécessaire de fracturer la cloison ; il suffit d'en enlever un assez gros morceau.

Comme observation rare, il mentionne un malade dont une des narines était complètement oblitérée par une sorte de proéminence de la cloison qui était parfaitement droite et normale dans l'autre narine. L'opération montra que la saillie anormale était formée par une cavité à parois cartilagineuses.

Bœcker admet l'extrême fréquence de petites saillies sur la cloison, mais, en général, elles ne déterminent aucun trouble et partant ne réclament pas d'opération. Quand celle-ci est nécessaire, il la pratique soit au moyen de la gouge, soit avec le couteau à résection et l'élévatoire, sans s'occuper de la muqueuse. Il n'est pas partisan de recourir au galvano-cautère. Il a renoncé également à la pince de Rupprecht, qui ne donne qu'une apparence de succès. En effet, en arrière du trou fait dans la cloison avec cet instrument, il persiste en général une saillie osseuse qui empêche l'accès de l'air dans le fond des fosses nasales, ce dont il est facile de s'assurer en tamponnant la bonne narine en arrière du trou pratiqué dans la cloison.

Pour corriger les déviations plus considérables, Bœcker se sert d'un instrument à deux branches articulées comme celles d'un forceps. L'une des branches qu'on introduit dans la narine rétrécie se termine par une petite plaque munie d'une entaille longitudinale destinée à recevoir le histouri qui forme l'extrémité de l'autre branche qu'on introduit dans la narine normale. Une fois les deux branches articulées, on incise, successivement, au niveau du plancher et de la voûte des fosses nasales, puis on désarticule l'instrument avant de le retirer. Bien que sectionnée en haut et en bas, et devenue mobile, la cloison offre encore une grande résistance à son redressement que Bœcker effectue de préférence avec le petit doigt ou avec l'index. Si les deux incisions ne suffisent pas pour empêcher la cloison de reprendre sa position vicieuse, il en pratique une troisième, aussi en arrière que possible et dirigée de haut en bas. Pour les pansements, Bœcker se sert de tampons iodoformés qui maintiennent la cloison redressée.

Schœtz se sert de gouges montées à angle obtus sur leur manche, de façon à permettre l'emploi du spéculum et à pouvoir agir dans l'une et l'autre narine ; en outre il pratique la section d'arrière en avant, de façon que la base adhérente du lambeau soit facilement accessible.

Heymann a observé un fait présentant quelque analogie avec celui cité par Hartmann. A la suite d'un coup sur le nez, il se développa sur les deux faces de la cloison une masse cartilagineuse obstruant complètement les narines et renfermant de la sérosité. J. B.

Quelques considérations sur la rhinite atrophique, par NOQUET (*Rev. de laryngol.*, 1er *mai* 1887).

D'après ses observations, au nombre de treize, Noquet pense que la rhinite atrophique peut se montrer, en dehors de toute diathèse chez des sujets bien constitués. Le processus atrophique gagne le pharynx, d'où l'apparition d'otites à certaines périodes. Il n'admet pas la théorie de Zaufal, et pense que l'atrophie débute par la muqueuse et que la punaisie est due vraisemblablement au coccus de Lœwenberg. Il a pu observer, en effet, après un traitement prolongé, une régénération très marquée des parties atrophiées, le cornet inférieur reprenant son volume normal.

Comme traitement, il fait pratiquer, en plus des douches naso-pharyngiennes, des pulvérisations boriquées et phéniquées, et badigeonne le pharynx avec la solution de chlorure de zinc, 20 0/0. A. CARTAZ.

Zur pathologischen Anatomie der Ozaena simplex, par HABERMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 838, 29 *novembre* 1886).

Dans deux cas d'ozène simple, Habermann a trouvé une lésion de presque toutes les glandes, des glandes en grappe comme des glandes de Bowman. Cette affection avait produit d'abord une accumulation de gouttelettes graisseuses dans l'épithélium glandulaire jusqu'à l'orifice du conduit excréteur à la périphérie, puis elle avait entraîné une dégénération complète de l'épithélium. Il a constaté en outre une infiltration inflammatoire de la muqueuse avec fonte granuleuse des cellules d'infiltration et, par places, les dépôts de gouttes de graisse déjà signalés par Krause.

Sur les points de la muqueuse depuis longtemps malades, il a noté les altérations suivantes : des traînées de cellules fusiformes et, en certains lieux, de tissu conjonctif fibreux ; une atrophie de la muqueuse commençant à la surface ; une destruction de l'épithélium ou bien sa transformation en épithélium pavimenteux polygonal ; une résorption de l'os et une formation de lacunes.

Habermann déduit de ses recherches que l'agent morbide porte d'abord ses effets sur la superficie de la muqueuse et doit provenir des lacunes glandulaires. J. B.

Le vertige nasal, par JOAL (*Rev. de laryngol., juillet* 1887).

Il existe un vertige nasal, véritable *vertigo a naso læso*, qui appartient au groupe des vertiges réflexes et doit prendre place à côté des vertiges gastrique, laryngé, utérin.

L'irritation des filets du trijumeau innervant la muqueuse des cornets et celle de la cloison est la cause du vertige et des autres névroses nasales.

L'excitation du trijumeau se transmet par l'intermédiaire du ganglion sphéno-palatin aux nerfs vaso-moteurs, d'où anémie circonscrite du cerveau et vertige.

Les affections qui donnent lieu au vertige sont : 1° les fluxions nasales (odeurs, vapeurs irritantes, tabac à priser, foins au moment de la floraison); 2° les coryzas aigus; 3° le catarrhe chronique, surtout dans sa

forme hypertrophique; 4° les polypes muqueux; 5° le catarrhe de l'arrière-cavité nasale.

Le vertige est provoqué surtout par les affections nasales offrant peu de gravité et se montre chez des individus arthritiques.

Le vertige peut se montrer isolément ou être accompagné d'autres phénomènes nerveux.

Le vertige cesse avec la guérison de l'affection nasale qui lui a donné naissance. A. C.

Tuberkelgeschwüre der Nase (Tumeurs tuberculeuses du nez), par M. SCHAEFFER et D. NASSE (*Deutsche méd. Woch.*, *n°* 15, *p.* 308, 1887).

Ces tumeurs sont fort rares. Schäffer en compte 8 sur un total de 450 tumeurs des fosses nasales observées par lui.

Il les voit débuter au niveau du cartilage de la cloison sous forme de nodules généralement petits, mais pouvant atteindre le volume d'une petite noix ; quand elles sont multiples et se fusionnent, elles constituent une assez large masse rosée ou rouge, à surface inégale, framboisée, molle dans ses couches superficielles et saignant facilement.

Quand on extirpe la tumeur, on voit se former une ulcération, à bords mous, dont le fond finement granuleux est constitué par le cartilage dépouillé de son périchondre. Le cartilage a une grande tendance à se perforer et à se détruire, il en est de même de la cloison osseuse qui peut être envahie à son tour et perforée. Les lésions gagnent secondairement les cornets moyen et inférieur, et le plancher des fosses nasales, mais c'est toujours par la muqueuse de la cloison qu'elles débutent.

Au microscope, les tumeurs se composent d'un tissu de granulations traversé par de minces faisceaux fibreux et contenant de petits tubercules plus ou moins confluents, avec de nombreuses cellules géantes. On ne trouve qu'un petit nombre de tubercules caséifiés. Quant aux bacilles, ils existent, mais sont extraordinairement rares; il faut de longues recherches pour les découvrir.

Les signes de la maladie sont le flux d'abord séreux, puis purulent et fétide, l'oblitération des narines. La marche de la maladie est rapide, les récidives sont promptes; aussi le pronostic est-il sévère.

Jusqu'ici l'auteur n'a noté la coïncidence ni du lupus, ni de la tuberculose des autres muqueuses.

L'étiologie est fort obscure. Il y a seulement chez les sujets des antécédents héréditaires. Pas de syphilis. L'auteur pense que l'affection a dû être confondue avec les productions syphilitiques des fosses nasales. Pour lui, les tumeurs tuberculeuses sont si caractéristiques dans leur mode de début, leur aspect, leur marche, qu'il ne pourra manquer de les reconnaître dans tous les cas. Il n'a pas assisté à l'évolution ultime de la maladie ; il n'a pas pratiqué d'autopsie. L'histoire de l'affection n'est donc pas complète encore.

L'auteur traite les tumeurs d'abord par la curette qui enlève les parties molles, puis par le galvano-cautère ; ensuite il pratique des injections au permanganate de potasse. Il insiste sur la nécessité du traitement interne : huile de foie de morue, arsenic, iode. L. GALLIARD.

I. — Ueber Plastik eingesunkener Nasen (Procédé de restauration des nez affaissés), par KŒNIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 279, 26 *avril* 1886).

II. — Zur Aufrichtung eingesunkener Nasen vermittelst plastischer Operation (Redressement du nez affaissé), par OBALINSKI (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band XXIV, Heft* 1 *et* 2, 1886).

I. — Contre le nez à ensellure, l'anaplastie cutanée simple est insuffisante sous le rapport cosmétique, à cause de l'atrophie du lambeau transplanté.

Kœnig propose de faire un dos de nez osseux, au moyen d'un lambeau frontal rectangulaire, comprenant à la fois de la peau, du périoste et de l'os. On rabat la base de ce lambeau au niveau de la racine du nez, de façon à placer peau contre peau et à ce que la surface vive de l'os regarde en haut. On l'unit alors au nez qu'on a détaché par une incision curviligne. Il reste entre deux une fistule qu'on détruit plus tard par avivement.

Kœnig a appliqué avec succès sa méthode de restauration dans 3 cas de syphilis nasale et dans un cas de broiement des os de la face. J. B.

II. — L'auteur a eu à traiter une jeune fille qui avait perdu par suppuration les cartilages du bout du nez, d'où un affaissement de cet organe et une oblitération presque complète des narines réduites à une fente verticale. Il existait en outre d'un côté une petite perte de substance.

Il obtint le redressement du nez et le rétablissement de la perméabilité des narines en sectionnant les adhérences cicatricielles profondes et en suturant de chaque côté, au bord jugal de la narine avivée, un petit lambeau rectangulaire à base supérieure pris sur la partie voisine de la joue. Il recommande de faire d'abord ce lambeau un peu trop large pour parer à la rétraction consécutive. Un dessin représente la malade avant et après l'opération.

MAURICE HACHE.

Zur Therapie des Rhinoskleroms, par DOUTRELEPONT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 5, *p.* 85, 1887).

L'auteur a traité avec succès un cas de rhinosclérome par le sublimé.

Il s'agit d'un sujet de 34 ans, chez qui la première nodosité s'est manifestée dans la lèvre supérieure, en septembre 1885. Sept mois plus tard, toute la lèvre est dure et gonflée, ainsi que la cloison nasale et l'aile droite du nez. Pas d'ulcération. Pas d'adénopathie. Pommade au sublimé à 1 0/0.

Le 11 juin, le gonflement a diminué ; plusieurs petites cicatrices sans ulcérations préalables. Le 11 juillet, la lèvre supérieure est presque normale. Le 15 août, on ne constate plus qu'une légère induration de la cloison.

L'auteur a excisé un fragment de la lèvre pour l'examen histologique : il a vérifié au point de vue anatomique l'exactitude de la description de Cornil et constaté les bacilles décrits par ce micrographe.

L. GALLIARD.

Considérations sur la pharyngite sèche ou atrophique, par E.-J. MOURE (*Rev. de laryngol.*, *avril* 1887).

Il faut distinguer cette variété sèche ou atrophique des pharyngites chroniques simples où il existe assez souvent de la sécheresse et un état lisse, vernissé de la muqueuse. La pharyngite chronique est presque toujours secondaire, consécutive à une rhinite atrophique ; c'est une

propagation du catarrhe nasal et du processus atrophique. Les croûtes épaisses que l'on trouve collées sur le pharynx viennent du nez.

La diathèse scrofuleuse, les lésions nasales qui empêchent la respiration nasale peuvent bien donner lieu à de la pharyngite chronique, mais ce n'est pas la véritable pharyngite atrophique.

Les symptômes subjectifs de la pharyngite atrophique sont les mêmes que ceux de la pharyngite chronique ordinaire, mais l'examen révèlera l'état particulier de la muqueuse, sèche, luisante, lisse, produit par l'atrophie des glandes et des fibres musculaires sous-jacentes.

Comme traitement, Moure conseille le traitement de l'ozène, irrigations antiseptiques abondantes, les pulvérisations et gargarismes avec les eaux sulfureuses et les badigeonnages avec la solution iodo-iodurée ou une solution de teinture de capsicum. A. CARTAZ.

I.— Cinq cas d'artères volumineuses visibles à l'œil nu et pulsatiles sur la paroi postérieure du pharynx, par John-W. FARLOW (*Ann. des mal. de l'oreille, février* 1887).

II. — Vaisseau pulsatile à la paroi postérieure du pharynx, par Creswell BABER (*Brighton and Sussex med. chir. Soc.*, 3 *mars* 1887).

I. — Farlow rapporte cinq observations de pharyngite atrophique, dans lesquelles on pouvait constater sur la paroi postérieure, en arrière des piliers, sous la muqueuse, un vaisseau volumineux à direction verticale, à battements artériels. Il s'agissait vraisemblablement de l'artère pharyngienne ascendante, augmentée de volume et devenue plus visible sous la muqueuse atrophiée.

II. — Baber rapporte un cas analogue et regarde ce vaisseau comme une artère pharyngienne de volume anormal. A. CARTAZ.

Ueber eine öftere Ursache des Schläfen-und Hinterhaupts-Kopfschmerzes (Cephalalgia pharyngo-tympanica) (Sur une cause fréquente de céphalalgie temporale et occipitale), par E. LEGAL (*D. Arch. f. kl. Med., Band XL, p.* 201).

Chez les malades qui présentent une céphalalgie persistante des régions occipitales et temporales avec points douloureux évidents des nerfs correspondants, il faut toujours explorer le pharynx et l'oreille moyenne. Souvent on pourra trouver chez eux de la pharyngite chronique avec participation de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, ou bien avec lésion du tympan. Le traitement de la pharyngite et de l'otite fait disparaître la céphalalgie qui en dépend. L'auteur recommande en particulier l'insufflation par le procédé de Politzer ou par cathétérisme de la trompe. A. MATHIEU.

Hay fever, analysis of cases, with results of treatment, par John O. ROE (*American laryngol. Assoc.*, 26 *mai* 1887).

Roe a eu l'occasion de traiter 42 cas de fièvre des foins, 26 hommes, 16 femmes ; 31 avaient des accès d'asthme ; tous avaient une affection nasale. La localisation de la zone réflexe n'est pas uniformément sur la partie postérieure des cornets ; elle existe à la partie antérieure et dans la majorité des cas la cloison a paru aussi sensible que les cornets.

Le traitement a consisté en cautérisations profondes de la muqueuse nasale, tout en veillant aux lésions concomitantes du larynx et de la gorge. 35 malades ont été guéris radicalement ; 17 ont eu une guérison durant de un à neuf ans ; 4 non soulagés ; 4 perdus de vue.

J.-N. Mackenzie regarde la fièvre des foins comme une névrose qui n'est pas toujours justiciable d'un traitement local. Kinght, Glasgow, Hooper, Solis Cohen partagent cet avis. A. CARTAZ.

Note sur l'emploi du benzoate de soude dans quelques affections catarrhales ou congestives des premières voies, par Albert RUAULT (*France médicale*, 1er *et* 5 *janvier* 1887).

Guidé par les travaux de Lépine et de Letzerich, Ruault a employé le benzoate de soude et résume ainsi les résultats qu'il en a obtenus :

1° Le benzoate de soude paraît avoir sur les muqueuses des premières voies une élection analogue à celle que d'autres balsamiques, comme la terpine, ont sur la muqueuse bronchique, et d'autres comme la térébenthine et le baume de copahu, sur la muqueuse des voies urinaires ;

2° Son emploi est surtout indiqué dans le rhume vulgaire, les angines aiguës érythémateuses, superficielles, le coryza chronique simple, les poussées congestives liées à l'angine granuleuse ;

3° Il doit être employé chez l'adulte, aux doses de 4 à 5 grammes au moins, souvent 6 à 8 grammes, données pendant 6 à 12 jours consécutifs ;

4° On doit éviter de prolonger plus longtemps l'usage du médicament sans intervalle de repos, surtout chez les dyspeptiques, afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des troubles digestifs. E. DESCHAMPS.

Obstinate hemorrhage after tonsillotomy , par SANDS (*New York surgical* 11 *mai* 1887).

Amygdalotomie double pratiquée dans un dispensaire sur un jeune homme de 24 ans. L'hémorragie, insignifiante après l'opération, apparaît dans la nuit, du côté droit, sans que rien puisse l'arrêter. Ligature de la carotide primitive droite. L'hémorragie continue ; la faiblesse était extrême. Transfusion saline. Guérison.

On apprit alors que le malade appartenait à une famille d'hémophiles.

A. CARTAZ.

Des accidents causés par les calculs de l'amygdale, par O. TERRILLON (*Arch. de méd., août* 1886).

Dans ce travail, Terrillon donne, à propos d'une observation personnelle, le résumé historique des faits de ce genre et signale les accidents et les méprises auxquels les calculs peuvent donner lieu (angines à répétition, douloureuses, avec dysphagie, œdème des parties voisines, souvent terminées par abcès ou ulcérations etc.). On a cru dans certains cas à des tumeurs malignes. L'ablation met fin à tous les désordres. Dans le cas de Terrillon, le calcul avait le volume d'une noisette. A. C.

The hygiene of the vocal organs, a practical handbook for singers and speakers, par Morell MACKENZIE (*Londres*, 4e *édit.*, 1887).

Le petit ouvrage de Morell Mackenzie a le rare mérite d'être en même temps un excellent manuel à l'usage des orateurs et des chanteurs

et un livre médical ou plutôt physiologique. Il échappe à la banalité trop ordinaire des ouvrages de ce genre et s'adresse autant aux médecins, aux laryngologistes qu'à ceux que leur profession oblige à des soins tout particuliers pour l'organe de la voix. Quatre éditions ont été écoulées en quelques mois ; ce succès est pleinement justifié. L'auteur ne craint pas de rompre carrément avec les habitudes funestes de certains professeurs et indique par quels soins méthodiques, par quel entraînement graduel et approprié un véritable artiste peut arriver à la perfection dans le développement de sa voix. Il indique le rôle du médecin à cet égard, rôle qui peut être important, notamment au point de vue de l'éducation du chant chez l'enfant.

La seconde partie de ce manuel est consacrée à l'examen de la voix parlée, des vices d'articulation, des moyens d'y remédier, des causes multiples qui peuvent créer des obstacles plus ou moins sérieux, cas dans lesquels le médecin doit intervenir (lésions pharyngo-nasales, laryngées, dentaires, etc.). De même que pour le chant, quoique dans des conditions différentes, l'orateur a besoin d'un entraînement méthodique, d'un exercice graduel pour éviter des troubles et des désordres, qui ne sont pas en rapport avec l'effort demandé ou les fatigues de la profession.

Un court appendice résume l'anatomie de l'appareil vocal et la physiologie de la phonation, discutant les théories des ouvrages les plus récents.

Sous une forme concise, ce manuel renferme toutes les notions physiologiques et musicales nécessaires à l'éducation et à la conservation de la voix ; l'auteur nous donne, en ces quelques pages, le résumé de sa longue expérience. A. CARTAZ.

I. — Quatre observations de trachéotomie avec chloroformisation, par HOUZEL. Rapport de LE DENTU (*Bull. de la Soc. de Chir., XIII, p.* 212-222).

II.— De l'anesthésie dans la trachéotomie, par F. TERRIER (*Ibidem, p.* 223-229).

III. — *Idem*, **par LE DENTU** (*Ibidem, p.* 262-273).

IV. — *Idem*, **par BROCA et HARTMANN** (*Revue de Chirurgie, mai* 1887).

V. — Anesthésie et trachéotomie, par PICHEVIN (*Gaz. des hôp.*, 4 *juin* 1887).

I. — Houzel publie 4 observations de trachéotomie sous le chloroforme dans le cas de croup. Loin d'augmenter l'asphyxie, le chloroforme a régularisé et ralenti la respiration, et de faibles doses ont suffi pour endormir les malades qui n'ont pas présenté de période d'excitation.

Le Dentu distingue les asphyxies purement mécaniques de celles dans lesquelles le spasme joue un rôle plus ou moins important. Pour les premières, le chloroforme ne peut guère qu'augmenter le danger ; pour les secondes, au contraire, son effet est salutaire. Dans beaucoup de cas, notamment pour le croup, le spasme s'ajoute à l'obstruction ; l'effet des premières bouffées de chloroforme servira alors de critérium : si la respiration se régularise et se ralentit immédiatement, on est autorisé à continuer ; si ces changements favorables n'ont pas lieu, il y aurait danger à poursuivre et la chloroformisation est contre-indiquée.

Cette explication est contestée par Le Fort qui a vu mourir un tétanique en quelques secondes pendant l'anesthésie, par spasme de la glotte ; Berger, au contraire, a vu la respiration s'améliorer chez trois tétaniques graves qu'il a endormis.

Verneuil, Le Fort, Lucas-Championnière, Terrier et Berger se déclarent partisans de l'anesthésie dans la trachéotomie.

II, III. — La question de l'anesthésie dans la trachéotomie n'est pas nouvelle et la discussion qui s'élève à ce sujet démontre que si elle n'a été que rarement pratiquée en France (Voy. *Thèse de Soyer, Paris*, 1884), elle est adoptée par bon nombre de chirurgiens étrangers ; Terrier, puis Le Dentu apportent à ce sujet des renseignements précis.

IV. — La question historique, les indications et contre-indications sont étudiées par Broca et Hartmann. Comme conclusion, ils conseillent l'emploi de l'anesthésie pour la trachéotomie dans le croup chez l'adulte si l'on n'est pas sûr du courage de son opéré, et chez l'enfant toutes les fois que l'asphyxie n'est pas assez avancée pour que le petit sujet soit insensible, période qu'on ne doit pas attendre pour opérer.

V. — Revue critique dans laquelle Pichevin étudie la question sous toutes ses faces. Pour lui, l'anesthésie est indiquée, dans la trachéotomie pratiquée comme temps préliminaire d'une autre opération, dans les cas de corps étrangers, quand le chirurgien pense qu'il aura de la difficulté à immobiliser son malade, quand les parties molles du cou sont épaisses, le larynx difficile à fixer, enfin et surtout quand on n'a pas à sa disposition un nombre d'aides suffisant.

Les contre-indications sont la période avancée de l'asphyxie, les altérations graves ou étendues des poumons, les lésions du cœur. A. CARTAZ.

Ueber Tracheotomie bei Kehlkopfschwindsucht (Trachéotomie dans la phtisie laryngée), par Moritz SCHMIDT (59e *Congrès des nat. all. ; Deutsche med. Woch.*, *n°* 49, *p.* 871).

L'auteur a opéré huit malades atteints de phtisie laryngée. Après la trachéotomie, on constata une amélioration notable de l'état local du larynx: diminution du gonflement, mobilité des cordes vocales, tendance à la guérison des ulcérations. Chez une malade, l'auteur a pu enlever la canule au bout d'un mois; le larynx était presque guéri. Chez une femme de 53 ans, la guérison du larynx était effectuée neuf mois après la trachéotomie.

Un homme de 44 ans, trachéotomisé, a fourni un remarquable exemple de cure laryngée et pulmonaire.

La trachéotomie a donc pour effet de mettre le larynx à l'abri des irritations nuisibles par les poussières, les micro-organismes, à l'abri des excitations mécaniques et thermiques, et de favoriser la guérison des lésions tuberculeuses du larynx.

Aussi doit-elle être pratiquée avant la période de dyspnée menaçante. L'auteur la conseille :

1° Dans les cas de sténose laryngée ;

2° Dans les laryngites tuberculeuses graves coexistant avec des lésions pulmonaires légères, même s'il n'y a pas de sténose ;

3° Quand on voit les altérations laryngées s'aggraver rapidement ;

4° Quand elles sont compliquées de troubles de la déglutition.

Après la trachéotomie, il ne faut pas négliger le traitement local du larynx : acide borique, acide lactique, glycérine créosotée. L. GALLIARD.

Eine Methode der Bronchoplastik (Une méthode d'autoplastie trachéale), par Alexander JACOBSON (*Archiv f. klin. Chir.*, *XXXIII*, *fasc.* 3).

L'auteur a eu à opérer une fistule trachéale longue de 16 millimètres, large de 6, qui persistait sans modification plus de six mois après l'ablation de la canule. Le but étant d'empêcher la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire, l'auteur n'a pas touché à la cicatrice qui unissait la peau à la plaie trachéale. A quelque distance de la fistule, il a fait faire à la peau du cou deux plis latéraux parallèles à la fistule, de manière à recouvrir cette dernière. Ces plis ayant été maintenus par des pinces à arrêt, il les a fixés par deux sutures fixées sur des drains en caoutchouc. Puis il a passé trois fils placés de telle sorte que leur partie moyenne était comprise dans la poche formée en arrière par la fistule, en avant par la face profonde des plis cutanés. Les bords libres des plis furent ensuite divisés, de telle sorte que le tissu cellulaire sous-cutané ne fût mis nulle part à nu. Les trois fils passés d'avance furent serrés. On y ajouta sept fils superficiels passant par la surface d'avivement elle-même. La guérison fut complète.

Cette méthode rentre dans la catégorie des autoplasties par doublure. Elle est fort semblable à celle de Le Fort : mais le manuel opératoire est plus simple, et l'exécution plus facile.

L'auteur a opéré par cette méthode une fistule pénienne, et un hypospadias balanique et pénien. PIERRE DELBET.

Congenitale Trachealstenose durch abnorme Krümmung der Trachealknorpel (Rétrécissement congénital de la trachée par courbure anormale des cartilages trachéaux), par M. SCHMIDT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 40, *p.* 698, 1886).

Chez une fille de 6 mois présentée à l'auteur dans un état voisin de l'asphyxie, et trachéotomisée sans succès, l'auteur a trouvé, à l'autopsie, le larynx normal ; le segment inférieur de la trachée, sur une longueur de 2c, 8, présente à gauche une dépression longitudinale ; les anneaux cartilagineux offrent à gauche un angle saillant dans le calibre de la trachée, tandis qu'ils ont à droite leur convexité normale. Cette difformité congénitale semble être le résultat d'une compression et cependant on n'en trouve pas la cause.

Pour sauver l'enfant, il aurait fallu pratiquer la trachéotomie inférieure, au lieu de la cricotrachéotomie qui a été faite, et introduire la canule très bas jusqu'à la bifurcation des bronches. La canule aurait redressé la courbure des anneaux cartilagineux. L. GALLIARD.

Ueber die Verhinderung der Granulombildung... (Moyen d'empêcher la production de bourgeons charnus après la trachéotomie) par STOERK (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°* 1, *p.* 1, 1887).

Les bourgeons charnus trachéaux sont dus au séjour prolongé de la canule et à l'inflammation de la muqueuse. D'après Stoerk, l'étude de l'état de la muqueuse de la trachée après la trachéotomie a été trop négligée. Cette étude se fait mieux sur l'adulte que sur l'enfant ; l'examen laryngoscopique montre dans le croup, chez l'adulte, qu'un enduit léger, grisâtre, tapisse souvent tout l'intérieur du larynx jusqu'en bas de la trachée. Dans d'autres circonstances, l'exsudation membraneuse n'est développée qu'à un faible degré ; on ne voit que des dépôts partiels qui

s'étendent des cordes vocales jusqu'au cartilage cricoïde. Ces pseudo-membranes, quoique minces, adhèrent intimement et longtemps à la membrane sous-jacente, elles ne diminuent que lentement. Aux places où le dépôt a disparu, la muqueuse est encore érodée et couverte d'une sécrétion visqueuse; celle qui a été dépourvue de pseudo-membranes est très injectée.

Dans la cricotomie, il y a encore une cause d'altération de la muqueuse ; cet anneau cartilagineux est souvent fracturé, le périchondre est lésé. Mais l'altération la plus importante que la muqueuse subit est celle qui est produite par l'obstacle à l'exhalation pulmonaire. La partie de la muqueuse située au-dessus de la canule est entièrement soumise au contact de l'air ; la muqueuse subit une altération, elle devient œdémateuse. Enfin, il arrive dans quelques cas rares qu'il se forme à l'orifice inférieur de la canule, une sorte de valvule, due au gonflement par pression sur la trachée.

Après la trachéotomie, il faut mettre la muqueuse des voies aériennes dans les conditions normales, c'est-à-dire de la laisser en contact avec l'air. A cet effet, Stoerk se sert depuis plusieurs années de canules spéciales : la canule interne est seule fenêtrée ; l'externe présente à la place de la fenêtre une foule de trous. Depuis que Stoerk emploie ces canules, il n'a plus eu de difficultés dues à la production de bourgeons charnus.

Dans quelques cas, Stoerk a été obligé d'employer un dilatateur pour combattre le rétrécissement qui accompagnait la production des bourgeons charnus. BARBE.

I. — Di un tumore tracheale extirpato per le vie naturali, par Origene MASINI (*La Riforma med.*, 29 *novembre* 1886).

II. — A novel procedure for the removal of subglottic laryngeal growths, par W.-C. JARVIS (*New York med. journ.*, 27 *novembre* 1886).

I.—Nouvel exemple d'extirpation d'une tumeur trachéale par les voies naturelles, chez un homme tourmenté par des accès de toux, de dyspnée avec ténuité de la voix et, par moments, aphonie. La tumeur siégeait au niveau du deuxième anneau de la trachée. Masini put, après cocaïnisation, l'enlever avec une pince allongée (genre de celle de Schroetter). Il s'agissait (examen microscopique) d'un fibro-myxome.

II. — Dans un cas de papillome sous-glottique, chez un homme de 35 ans, impossible à saisir complètement avec les pinces laryngées, Jarvis put faire l'ablation totale avec la pince de Mackenzie à laquelle il fit ajouter une sorte de serre-nœud passant par les mors et facile à manœuvrer d'une seule main.

A. CARTAZ.

Congenital defect of the épiglottis, par DONALDSON (*New York med. Journal*, 7 *août* 1886).

L'épiglotte est un élément de protection du larynx, qu'on considère comme indispensable pendant la déglutition.

L'auteur a pu se convaincre de cette vérité en observant un sujet de 22 ans atteint d'une difformité congénitale : l'absence d'épiglotte, sans autre anomalie. En examinant au laryngoscope immédiatement après la déglutition d'une bouchée de pain, il trouvait la partie sus-glottique du larynx remplie de cet aliment. Le sujet était obligé de faire un effort pour vider son larynx, et

terminer l'acte de la déglutition. Ici la tension des cordes vocales s'opposait seule au passage des aliments dans la trachée. L. GALLIARD.

Rétraction cicatricielle des ligaments ary-épiglottiques, larynx à 6 cordes et fausse glotte supplémentaire, par J. GAREL (*Ann. des mal. de l'oreille, février* 1887).

Garel a constaté l'anomalie suivante chez un homme de 37 ans. On trouve en avant de la glotte une sorte de glotte artificielle triangulaire formée par la soudure des ligaments ary-épiglottiques ; cette soudure n'existe qu'en avant et donne dans la respiration une fente triangulaire. Dans la phonation, le rapprochement des cartilages aryténoïdes rapproche les ligaments et on ne voit plus qu'une fente linéaire. Les bandes vocales sont masquées, mais on voit les cordes vocales qui sont saines.

La voix, dans le médium, a un caractère sombre, à tonalité élevée, voix de polichinelle, de ventriloque, avec timbre nasal; dans le fausset, la voix est pure, mais à timbre enfantin.

L'auteur croit à l'origine syphilitique de cette lésion, sans avoir pu découvrir chez son malade de traces de cette diathèse. Pas d'intervention.

A. CARTAZ.

Aphonia und Dyspnoea laryngo-spastica, par H. KRAUSE (*Berlin. klin. Woch. n° 34, p.* 557, 23 *août* 1886).

A l'observation rapportée par Michael (*R. S. M.*, XXVII, 750) sous le titre d'aphonie et dyspnées spasmodiques, qui était un fait unique dans son genre, Krause vient en ajouter une seconde dans laquelle il a obtenu avec la cocaïne une guérison définitive des troubles laryngés.

Ouvrier des champs, âgé de 28 ans, atteint de bégayement. Il y a trois ans, à la suite d'un refroidissement brusque, premiers accidents morbides consistant en douleurs dans les lombes et dans les membres, fourmillements et parésie des jambes auxquels un an plus tard vinrent se joindre des étourdissements, de l'enrouement d'abord passager, de la gêne respiratoire avec constriction épigastrique. État actuel : inspiration stridente, expiration relativement facile; voix presque inintelligible. Sensation très douloureuse de constriction au niveau du creux de l'estomac et de la poitrine. Rougeur modérée de la muqueuse du vestibule et des cordes vocales. Celles-ci occupent une position très rapprochée de la ligne médiane et qui varie ainsi : dans la phonation, le plus souvent elles se superposent, tandis que la glotte intercartilagineuse reste légèrement béante; après la phonation, les cordes vocales s'écartent légèrement pour se rapprocher presque au contact au moment de l'inspiration.

Les pupilles réagissent normalement, pas de nystagmus, mobilité oculaire intacte. Aucun trouble du côté du facial. Un peu d'affaiblissement des deux membres droits. Exagération des réflexes tendineux. Zone hyperesthésique nettement délimitée à la paroi antérieure du thorax, de la troisième à la sixième côte. Partout ailleurs, sensibilité normale.

Il s'agit donc vraisemblablement d'une sclérose en plaques. La trachéotomie paraissait indiquée d'urgence. Toutefois, encouragé par les bons effets de a cocaïne à 10 0/0 sur les crises laryngées des ataxiques, Krause résolut d'en faire l'essai chez son malade. Quelques minutes après le premier badigeonnage, les cordes vocales s'écartaient déjà de 2 millimètres durant l'inspiration et la facilité plus grande de respiration se prolongea six heures. De jour en jour, les résultats de la cocaïne devinrent plus durables et plus accentués.

Au bout de huit jours de traitement, au moment de l'inspiration, les cordes vocales s'écartaient davantage qu'elles ne le sont sur le cadavre, mais l'aphonie demeurait absolue; deux jours plus tard, la mobilité des cordes vocales

était normale et la voix revenue, bien qu'on observe encore maintenant pendant la phonation une excavation de leurs bords et une remarquable flaccidité. Quant à la sensation de constriction thoracique, elle n'a disparu qu'après une quinzaine d'applications de courants constants. J. B.

Prolapse of the laryngeal ventricles, par MAJOR (*New York med. Journal*, 1er *janvier* 1887).

L'auteur a observé cinq cas de prolapsus des ventricules du larynx. Voici le plus intéressant :

Un sujet de 35 ans a toussé à la suite d'un refroidissement, au mois de mars 1883. En juin, il commence à avoir la voix rauque.

En janvier 1884, il se plaint de ne pouvoir parler sans éprouver de la fatigue et sans être excité à tousser. Il respire difficilement pendant la marche. Aphonie presque complète.

Congestion du larynx, œdème de la muqueuse. La corde vocale droite est décolorée, sèche, érodée, cachée en partie par un petit bourrelet charnu. La corde vocale gauche n'est pas visible sur toute sa longueur; elle est couverte aussi par un bourrelet charnu allongé. On ne peut voir les cordes vocales que dans les grandes inspirations. Pendant l'exercice de la phonation, les bourrelets forment des triangles dont les angles internes viennent se rencontrer sur la ligne médiane.

A ce moment, pas de tuberculose.

En mai 1885, l'auteur revoit le malade et constate une ulcération tuberculeuse au niveau du cartilage aryténoïde droit. Cette lésion guérit sous l'influence du traitement, mais le prolapsus indiqué persiste. L. GALLIARD.

Cases of laryngeal œdema, par T.-A. DE BLOIS (*New York med. journal, p.* 673, 18 *décembre* 1886).

L'œdème aigu du larynx n'est pas une affection fréquente. Sur 4,000 cas d'affections diverses de la gorge, l'auteur ne l'a observé que 14 fois. Il n'a pas constaté l'œdème des cordes vocales signalé par Massei et Semon, mais toujours l'infiltration classique des replis aryténo-épiglottiques et de l'épiglotte. La maladie est primitive ou secondaire à des lésions de la base de la langue, du pharynx, du larynx même. L'anatomie pathologique en est mal connue, car les autopsies révèlent en général peu de chose.

Le traitement usité par l'auteur a donné des résultats remarquables : il consiste en scarifications de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. L'hémorragie est suivie d'un soulagement notable. Aussi l'auteur conseille-t-il d'essayer toujours cette opération avant de se décider à pratiquer la trachéotomie. L. GALLIARD.

Abductorparalyse nicht Adductorencontractur, par SEMON (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 43, *p.* 749, 25 *octobre* 1886).

On sait la controverse existant entre Semon et Krause, ce dernier rapportant à une contracture des muscles adducteurs de la glotte les phénomènes morbides que Semon rattache à une paralysie des muscles dilatateurs. A la 59e réunion des naturalistes et médecins allemands, Semon est venu exposer les recherches et expériences sur lesquelles il base son opinion :

1° En explorant, sur un animal qu'il vient de tuer, la contractilité élec-

trique des muscles du larynx, il constate que ce sont toujours les crico-aryténoïdiens postérieurs qui perdent les premiers leur excitabilité ;

2° Quand il fait passer à travers l'un des nerfs récurrents un fil imprégné d'une solution d'acide chromique, constamment, c'est le muscle crico-aryténoïdien postérieur correspondant qui est frappé en premier lieu d'inertie ;

3° Il ne lui a pas été possible de vérifier chez l'homme si, comme l'assure Krause, durant la rigidité cadavérique, la glotte reste fermée dans toute sa longueur. Il y a d'ailleurs lieu de renoncer à l'expression d'attitude cadavérique des cordes vocales, car la position qu'on désigne ainsi n'est nullement constante.

Semon insiste ensuite sur les nombreuses causes d'erreur auxquelles sont sujettes ces expériences : 1° et 2° variabilité des phénomènes non seulement dans les diverses espèces animales, mais encore chez les individus d'une même espèce ; 3° âge des animaux, l'abduction prédominant chez les jeunes ; 4° longueur de l'expérience, les muscles abducteurs perdant les premiers leur vitalité ; 5° difficulté extrême d'éviter les effets des courants dérivés sur le pneumogastrique et le laryngé supérieur ; 6° difficulté d'interpréter souvent ce qu'on voit ; en effet, il peut arriver que la même corde vocale soit en adduction dans sa portion antérieure et en abduction dans sa portion postérieure ; il en résulte des attitudes complexes qu'on ne rencontre jamais dans d'autres circonstances et qu'il est impossible d'exprimer simplement par les termes d'abduction et d'adduction ; 7° importance de l'intensité du courant électrique, signalée par Donaldson, les courants médiocrement intenses excitant d'abord les abducteurs, ce que ne font pas les courants énergiques ; 8° importance du degré de l'anesthésie narcotique, sur laquelle Hooper a insisté.

Semon discute alors les expériences de Krause qu'il a répétées. Tout en concédant qu'elles donnent lieu à des phénomènes d'excitation, il se refuse à y voir des contractures. D'ailleurs, les résultats expérimentaux ne sauraient être assimilés aux faits cliniques, car les conditions sont trop différentes. En effet, au lieu de la pression brusque exercée par un corps étranger sur le récurrent, il s'agit d'une compression très lente et très graduée qui amène une abolition complète des fonctions du nerf, sans provoquer de phénomènes d'irritation. Toutefois, Semon ne conteste pas la possibilité qu'il ne puisse survenir durant la mort lente du nerf, à une époque où les fibres des crico-aryténoïdiens postérieurs sont déjà frappées d'inertie, des contractions spasmodiques des adducteurs, sous l'influence d'une excitation brusque ; mais ces spasmes ne sont pas des phénomènes indispensables. D'après lui, la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs, une fois admise, explique suffisamment ce qu'on observe. On peut se demander, il est vrai, si l'idée d'une contracture neuropathique primitive n'est pas une interprétation plus satisfaisante. A cela, Semon répond non, en se basant sur l'anatomie pathologique et la clinique. D'une part, l'hypothèse d'une atrophie par défaut de fonctionnement des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs est inconciliable avec l'idée que tous les muscles animés par le récurrent se trouvent excités ; d'autre part, si l'opinion de Krause était juste, elle devrait se vérifier pour les autres régions du corps où se passent des processus analogues : Or, que voit-on

dans des circonstances analogues? Partout des paralysies à la suite de compression et non des contractures.

Dans la discussion, Krause déclare que, selon lui, les expériences de Semon ne sont pas probantes, parce qu'elles ont été faites après la mort et non sur le vivant. Le fil qu'on passe à travers le récurrent ne lèse pas ce nerf. Meschede, comme Semon, est d'avis que les faits cliniques ne sont pas favorables à l'hypothèse d'une contracture musculaire.

Il a publié un cas de paralysie progressive des deux crico-aryténoïdiens postérieurs, guérie par les injections de strychnine dont l'effet eût certainement été tout autre, s'il s'était agi d'une contracture.

Remak émet aussi l'opinion que la clinique et l'anatomie pathologique et non l'expérimentation sont en état de juger la question. Si les nerfs du larynx obéissent à la loi générale qui régit les contractures périphériques, il faut une cause réflexe pour donner lieu à une contracture des adducteurs, car l'excitation de nerfs purement moteurs ne provoque que des convulsions toniques. J. B.

I. — Laehmung der Glottiserweiterer als initialer Symptom der Tabes dorsalis (De la paralysie des dilatateurs de la glotte comme symptôme initial de l'ataxie locomotrice progressive), par A. WEIL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, *p.* 197, 29 *mars* 1886).

II. — Parésie des dilatateurs glottiques, ayant permis de diagnostiquer un début de tabes dorsalis, par H. LUC (*France médicale*, 3 *février* 1887).

III. — Paralisi e crisi laringee come contributo alla diagnosi dell'inizio dell'ataxia locomotrice, par FELICI (*Arch. ital. di laring.*, *VII*, *n°* 2).

I. — Marinier âgé de 46 ans. Il y a trois ans, ulcères de la verge avec bubons suppurés. Il y a un an, il éprouva une violente émotion, craignant un abordage de son bateau; tout en donnant les ordres nécessaires à haute voix, il fut pris alors pour la première fois, durant dix minutes, d'un accès de dyspnée extrême avec stridor perceptible à grande distance, mais sans trouble de la phonation. Il y a quatre semaines, il a eu un second accès analogue, mais plus court, à la suite d'une course rapide. Depuis lors, au moindre effort, l'inspiration devient bruyante et est entendue de loin tandis que l'expiration est courte et silencieuse; au repos les troubles cessent. Jamais il n'y a eu ni toux ni raucité, ni dysphagie, ni douleurs de gorge. Le diagnostic de paralysie bilatérale des dilatateurs de la glotte est confirmé par l'examen laryngoscopique.

Vers la même époque que le premier accès dyspnéique, le malade a éprouvé des douleurs rhumatoïdes dans les membres du côté gauche et s'est aperçu que le toucher des doigts de ses deux mains avait perdu de sa finesse. Depuis une quinzaine, il ressent une diminution de la force des membres inférieurs et une certaine raideur dans les mouvements.

Légère ptose droite. Immobilité des pupilles; absence des réflexes rotuliens, un peu d'ataxie des quatre membres. Titubation les yeux fermés. Démarche un peu raide et avec les jambes écartées. Miction tantôt lente, tantôt précipitée.

Weil pense qu'un certain nombre de faits rapportés comme des exemples de crises laryngées tabétiques s'expliquent, comme le sien, par une paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Il en est sans doute ainsi pour les cas de Krishaber (*Gaz. hebdom.* 1880, n° 41), d'Oppenheim (*Berlin. klin. Woch.* 1885, n° 4), pour un de ceux contenus dans la thèse de Lhoste

(Paris, 1882) et emprunté à Fournier; pour ceux de Morgan (*Med. Times*, 1881), de Mac Bride (*R. S. M.*, XXII, 750), et de Gerhardt (*Deutsche med. Woch.*, n° 44, 1885). Cela fait avec celui de Weil sept cas, mais dans quatre seulement la paralysie était complète (Lhoste, Morgan, Mac Bride, Weil) (Voy. *R. S. M.*, XXVIII, 720). J. B.

II. — Dans ce cas, l'apparition des troubles laryngés a été tellement précoce que les symptômes habituels de l'ataxie n'avaient pas encore été assez saillants pour attirer l'attention et que ce fut la constatation du trouble laryngé spécial qui fit songer Luc à rechercher l'existence des symptômes nerveux dont le malade ne songeait nullement à l'entretenir.

Cette paralysie était d'ailleurs remarquable parce qu'il y avait un cornage inspiratoire continu, non compliqué d'accès de toux ni de crises de suffocation, fait que Luc n'a pu retrouver dans aucune autre observation de troubles laryngés au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice.

Enfin il s'agissait d'un malade non syphilitique, mais qui avait un oncle ataxique. E. DESCHAMPS.

III. — Felici publie un cas identique de paralysie incomplète de la corde vocale droite chez une femme de 53 ans qui présentait des signes de début du tabes (abolition des réflexes patellaires, diminution de la sensibilité des membres, coordination de la marche).

Felici rappelle les travaux antérieurs publiés sur ce sujet. A. CARTAZ.

Sopra un caso di paralisi laringea per lesione corticale, par F. MASSEI (*Archivii ital. di laring.*, *VII*, *n°* 2).

Excellente leçon clinique dans laquelle Massei discute l'étiologie des paralysies laryngées et donne l'histoire des paralysies d'origine centrale.

L'observation personnelle qu'il publie a trait à un homme de 34 ans, ayant eu un chancre quinze ans auparavant et qui fut pris, il y a cinq ans, de céphalées accompagnées d'accès, de vertiges. L'année dernière, à la suite d'un de ces accès, la voix devint rauque, puis cinq ou six jours plus tard apparut un accès de dyspnée intense qui lui fit perdre connaissance pendant cinq minutes. A son entrée à l'hôpital, on trouve une paralysie de la corde vocale gauche, des traces d'une paralysie faciale gauche, une légère déviation de la langue à gauche, enfin une choroïdite double. Pas de lésions viscérales.

Sous l'influence d'un traitement spécifique tous ces symptômes s'amendèrent et le malade est en voie de guérison.

Massei, après une discussion minutieuse de l'origine de cette paralysie vocale, la rattache à une lésion, probablement vasculaire, du centre cortical et de nature syphilitique. A. CARTAZ.

Demonstration eines Falles von Kehlkopfpolyp, geheilt nach Voltolini's Verfahren (De l'ablation des polypes laryngés par la méthode de Voltolini), par W. LUBLINSKI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 429, 28 *juin* 1886).

On sait que Voltolini (*R. S. M.*, XXVII, 747) enlève les polypes laryngés au moyen d'une éponge montée sur un fil rigide. Bien que proposée il y a déjà 7 ans par son auteur, cette méthode d'ablation n'a guère été employée que par Schæffer, par Ariza et par Lublinski.

Ce dernier y a eu recours dans plus de 40 cas, toujours avec succès et sans le moindre inconvénient, malgré l'assez rude écouvillonnage que subit le larynx.

Jamais Lublinski n'a observé de blessures de cet organe et, ce qui est plus étonnant, la rougeur et la tuméfaction consécutives sont souvent moindres que chez les opérés par d'autres méthodes. C'est donc à tort qu'on a reproché à cette opération d'être brutale.

La méthode de Voltolini trouve des applications non seulement dans les polypes mous, mais aussi dans tous ceux implantés au niveau de l'angle antérieur, soit au-dessus, soit au-dessous des cordes vocales, dans les papillomes multiples des enfants, dans les petits fibromes pédiculés ou non.

Ce procédé d'ablation n'expose pas davantage aux récidives que les autres. J. B.

Ueber die Iodol-Behandlung der Larynx-tuberculose (Traitement de la phtisie laryngée par l'iodol), par LUBLINSKI (59e *Congrès des natur. all. ; Deutsche med. Woch., n° 51, p.* 915, 1886).

L'auteur emploie les insufflations de poudre d'iodol dans le larynx. Ce médicament ne détermine ni excitation ni douleur ; il est rejeté au bout d'un certain temps avec les sécrétions laryngées qui diminuent sous son influence. Il améliore aussi rapidement les surfaces ulcérées.

Sur 15 phtisies laryngées traitées par l'iodol, l'auteur compte deux guérisons complètes ; l'avenir dira si l'épithète est justifiée.

Il s'agit, d'une part, d'une fille de 25 ans atteinte d'ulcération interaryténoïdienne profonde avec infiltration du sommet gauche. Aphonie. En cinq semaines et demie, guérison complète de l'ulcère ; la malade recouvre la voix.

Dans l'autre cas, homme de 40 ans, ulcérations des cordes vocales, sécrétions abondantes. Cicatrisation en cinq semaines par l'iodol. L. GALLIARD.

Contribution à l'étude des sténoses glottiques chez les tuberculeux, par P. TISSIER (*Ann. des mal. de l'oreille, janvier* 1887.)

Les troubles dyspnéiques, observés chez les phtisiques laryngés, sont-ils dus à la paralysie des abducteurs ou à la contracture des adducteurs? Les deux opinions sont admises et vivement défendues. Tissier admet que ces troubles sont dus à une perte plus rapide d'excitabilité des filets du vague, contenus dans le récurrent, tandis que l'influence du spinal prédomine. Qu'il s'agisse de compression, de névrite du récurrent, les filets spinaux conservent leur action, alors que les filets du vague ont subi l'influence de cette inflammation et sont impuissants à agir. A. C.

Case of extraction of the blade of a tooth forceps from the right bronchus (Extraction du mors d'un davier engagé dans la bronche droite), par W.-Mac CORMAC (*The Lancet,* 2 *janvier* 1886).

Femme de 24 ans opérée, sous le chloroforme, par un dentiste qui lui arrache successivement plusieurs dents ; le davier se brise et l'un des mors, long de 2 centimètres et demi et pesant plus de 3 grammes, est aspiré dans les voies aériennes. Accès de toux immédiat, et violente crise de suffocation. Sortie du sommeil chloroformique, la malade accuse une dyspnée intense et une douleur localisée dans la région du sein droit, avec irradiations vers le cou, l'épaule et jusqu'au coude. On essaye à plusieurs reprises, en lui mettant la tête en bas et en la secouant, de faire sortir le corps étranger. Les jours suivants, toux fréquente, expectoration jaunâtre, épaisse, souvent

mêlée de sang ; crises de dyspnée au moindre mouvement. Sept semaines après l'accident, sa situation devenant grave, elle entre à l'hôpital : toux spasmodique, douleur mammaire persistante ; dyspnée intense, surtout après la toux. A l'auscultation, sifflement rude et râpeux perceptible aux deux temps de la respiration, en avant dans le deuxième espace intercostal droit, près du sternum, et en arrière au niveau de l'épine de l'omoplate ; râles humides disséminés dans le poumon droit ; sonorité normale partout. On diagnostique la présence du corps étranger dans la bronche droite, à peu de distance de la bifurcation, et on se décide à tenter l'extraction. La malade étant chloroformisée, on pratique la trachéotomie ; l'isthme du corps thyroïde étant sectionné après ligature, la trachée est ouverte largement, depuis le cartilage cricoïde jusqu'au sternum. A l'aide d'une sonde métallique, on arrive à reconnaître la situation du fragment d'acier, enchatonné dans la bronche droite, à trois centimètres au delà de la bifurcation, à *plus de dix centimètres* de l'ouverture trachéale. On essaye en vain de provoquer l'expulsion spontanée, et, après plus d'une heure d'efforts infructueux, on parvient à le saisir entre les mors d'une pince à polypes et à l'extraire sans accident. On ferme aussitôt la plaie trachéale. Léger crachement de sang aussitôt après ; suites insignifiantes, à peine un peu de broncho-pneumonie. Guérison régulière.

H. BARTH.

I. — Die Tubage des Larynx, par STOERK (*Wien. med. Presse*, n° 12, *p.* 401, 1887).

II. — Tracheotomy and intubation in diphtheria, par MONTGOMERY (*Arch. Soc. of Philadelphia*, 3 *février* 1887).

III. — Modified intubation instruments, par WAXHAM (*Journ. of Am. med. Assoc.*, *p.* 291, 1887).

IV. — Deep tubing of the larynx as a substitute for intubation (Tubage profond, etc.), par HOADLEY (*Ibidem*, *p.* 337, 26 *mars* 1887).

V. — Intubation of the larynx, par Fletcher INGALS (*Americ. laryng. Assoc.*, 26 *mai* 1887).

VI. — Intubation, a study of 47 cases, par F. HUBER (*New York Acad. of med.*, 2 *juin* 1887).

VII. — Statistical records of intubation, par Dillon BROWN (*Ibidem*, 2 *juin* 1887).

VIII. — Pathological anatomy of the respiratory tract... (Étude d'anatomie pathologique du conduit aérien après le tubage pour diphtérie), par NORTHRUP (*Ibidem*).

IX. — Feeding (Alimentation) after intubation of the larynx, par J. O'DWYER (*Ibidem*, 2 *juin* 1887).

X. — Le tubage de la glotte, par J.-A. CHABANET (*Thèse de Paris*, 18 *juin* 1887).

I. — Stoerk ne réserve pas le tubage du larynx à la seule laryngite diphtérique : il prétend en faire un mode de traitement général applicable à un grand nombre d'états pathologiques, à tous les cas où la cavité laryngée paraît devoir subir une dilatation.

Aussi pratique-t-il le tubage, à titre d'expérience, chez des sujets sains, pour vulgariser l'opération. Chez deux sujets atteints de paralysie

des crico-aryténoïdiens postérieurs, il a institué ainsi, avec succès, une dilatation artificielle quotidienne.

Le tube qu'il place dans le larynx est une sorte de spéculum cylindrique, long de 5 centimètres en moyenne, à bord supérieur évasé. Pour l'introduire, il saisit ce bord à l'aide d'une pince à branches courbes et dirige l'instrument au moyen d'un embout qui, par un mécanisme ingénieux, est mis en mouvement par la pince elle-même. L. GALLIARD.

II. — Montgomery a pratiqué 28 trachéotomies, pour des cas de diphtérie, avec 10 guérisons. Il a pratiqué, d'autre part, le tubage laryngé dans 13 cas, et a eu 10 guérisons. Le plus jeune enfant de cette série avait 18 mois et mourut, au 5e jour, de convulsions. Dans un cas, on dut faire la trachéotomie le lendemain du tubage : l'enfant guérit.

Montgomery préfère le tubage à la trachéotomie, comme opération plus simple, exposant moins aux inflammations consécutives et permettant plus facilement le rejet des membranes. A. CARTAZ.

III. — Pour faciliter la déglutition, et éviter la chute des aliments ou boissons dans la trachée, Waxham a fait adapter au tube un collier muni d'une épiglotte artificielle qui vient fermer le tube au moment de l'élévation du larynx. Cette modification aurait donné de bon résultats.

IV. — Neuf enfants ont subi cette opération, qui n'est autre que l'intubation, mais avec un tube court dont la tête demeure entière dans le larynx. Huit de ces opérés purent boire aussitôt après l'opération ; la douleur ou la gêne étaient presque nulles. La mort, survenue dans tous les cas, a été causée par infection diphtéritique, pneumonie, etc.

L'auteur juge facile l'extraction de ce tube profondément introduit, bien qu'il ne l'ait jamais pratiquée sur le vivant, et croit son procédé supérieur à l'intubation ordinaire. MAUBRAC.

V. — Dans cette note, Ingals a résumé les détails de 514 observations où le tubage du larynx a été pratiqué, sur lesquelles on compte 134 guérisons. L'auteur trouve au tubage une grande supériorité sur la trachéotomie qui ne doit être pratiquée que si le tubage ne remédie pas à la dyspnée, ou si les fausses membranes obstruent la trachée. Il a, pour sa part, fait le tubage dans 12 cas de laryngite diphtéritique avec 3 guérisons.

VI. — Huber n'aura plus recours à la trachéotomie qu'autant que le tubage sera impuissant. Sur 47 cas qu'il a ainsi traités, 29 cas, avec 11 guérisons, ont trait à des enfants au-dessous de 3 ans ; 18, avec 9 guérisons, à des enfants de 3 ans ou au-dessus. Parmi les guéris, un enfant avait 9 mois et demi, un autre 10 mois et demi, un troisième 11 mois, un quatrième 1 an.

Huber discute les indications de la méthode, et les accidents qu'elle peut déterminer. Un des plus sérieux est le refoulement des membranes qui a occasionné plusieurs morts ou nécessité la trachéotomie. Il faut user de la pince trachéale de Waxham. Huber mentionne aussi le rejet du tube, sa chute dans la trachée, accidents assez rares. Il faut enlever, si faire se peut, le tube le 4e ou 5e jour. Huber administre à ses malades le bichlorure de mercure (?), 1/6 à 1/2 grain par doses fractionnées dans les 24 heures pour un enfant d'un an.

VII. — Brown a relevé la mention de 760 cas de tubage du larynx, pratiqué par 44 médecins, donnant 211 guérisons. L'âge moyen des

enfants morts est de 3 ans 2 mois; celui des guéris de 4 ans 1 mois.

Parmi les accidents, Brown signale aussi le refoulement des membranes, la chute du tube dans la trachée, l'œsophage (2 fois).

VIII. — Northrup a réuni 20 nouveaux cas de mort par diphtérie, traités par le tubage. La mortalité a été élevée, en raison de l'apparition de la diphtérie pendant une épidémie de rougeole et de scarlatine. Tous les petits malades avaient de la pneumonie, 13 de la néphrite.

Dans 87 autopsies pratiquées l'année dernière (*New York Acad. of med.*, décembre 1886), il n'avait pas rencontré d'ulcérations de la trachée. Dans cette série de 20, il en a trouvé 5 fois, et très profondes, qu'il ne rattache pas à la présence du tube.

IX. — Le tubage du larynx occasionne fréquemment de grandes difficultés de déglutition. O'Dwyer a modifié le modèle des tubes sans remédier à cet inconvénient; il enlève quelquefois le tube un moment, pour permettre le passage des liquides, ou il a recours aux lavements nutritifs; très rarement il a employé la sonde œsophagienne. La pneumonie qu'on a observée dans ces cas de tubage n'a jamais été occasionnée par le passage de parcelles alimentaires dans les voies aériennes.

X. — Après avoir rappelé la discussion de l'Académie de médecine à propos du travail de Bouchut (1858), et résumé et discuté les observations publiées en Amérique dans ces derniers temps, Chabanet conclut ainsi :

Le tubage du larynx n'est, dans son exécution, ni plus difficile ni plus dangereux que la trachéotomie. La présence de la canule peut être prolongée plusieure jours, plusieurs semaines, sans qu'il en résulte des inconvénients bien sérieux.

Le tubage du larynx est utile dans les cas de croup, à condition que les malades soient sous la surveillance d'une personne compétente, que les tentatives d'intubation ne soient pas multipliées, que cette opération ne soit pas faite *in extremis*.

D'après Chabanet, le tubage peut être applicable, en dehors du croup, à toutes les autres causes de sténoses laryngées, par compression, cicatrices, spasme, etc. A. CARTAZ.

Three cases of thyreotomy (Trois cas de thyrotomie), par C. WAGNER (*New York med. Journal*, 30 *octobre*, *p.* 488, 1886).

Les trois cas de thyrotomie rapportés par l'auteur ont été suivis de guérison avec restitution de la voix. Cette opération est indiquée dans les cas d'obstructions laryngées inopérables par les voies naturelles. L'auteur n'emploie plus les sutures d'argent destinées à maintenir les deux segments cartilagineux; il se contente de suturer la peau. Il divise aussi la membrame crico-thyroïdienne et le cartilage cricoïde.

1° Fille de 5 ans, papillome de la corde vocale droite remplissant presque complètement le larynx. On fait d'abord la trachéotomie, puis, immédiatement après, la thyrotomie. On enlève le papillome. — Guérison.

2° Garçon de 3 ans 1/2, atteint de diphtérie, trachéotomisé. Cinq mois plus tard, il doit conserver encore sa canule. L'ouverture du thyroïde montre une membrane qui oblitère les deux tiers du larynx immédiatement au-dessous des cordes vocales. — Guérison en douze jours.

3° Fille de 3 ans. Papillome de la corde vocale gauche. Trachéotomie, puis, deux semaines après, thyrotomie. — Guérison. L. GALLIARD.

I. — **De l'extirpation du larynx, par LABBÉ** (2e *Session du Congrès français de chirurgie* 1886).

II. — **Opérations pratiquées sur le larynx, par Jules BŒCKEL** (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *novembre* 1886).

III. — **A successful case of partial excision of the larynx, etc., par Lennox BROWNE** (*Brit. med. j., p.* 272, *février* 1887).

IV. — **Extirpation du larynx, par DUPONT** (*Soc. vaudoise de méd.; Semaine méd.*, 9 *mars* 1887).

V. — **Excision of the larynx and pharynx, par Hayes AGNEW** (*Med. News*, 9 *avril* 1887).

I. — Labbé a fait trois extirpations de larynx, la première pour un sarcome : le malade a bien guéri ; les deux autres pour des épithéliomes : l'un des malades est mort de pneumonie septique, l'autre a guéri de l'opération : il est mort de récidive quatre mois et demi après. Même en enlevant une partie de la trachée, on n'avait pu dépasser les limites du mal.

Il ne faut pas rejeter l'opération en principe. Elle est facile à exécuter, elle n'est pas d'une excessive gravité. Et, au point de vue de la survie, elle est ce que sont les autres opérations pour tumeurs.

L'opération se compose de plusieurs temps :

1° La trachéotomie préalable, qui doit être faite plusieurs semaines d'avance ;

2° L'anesthésie, que l'on obtient très aisément en plaçant une éponge imbibée de chloroforme devant la canule ;

3° La préservation de la trachée : la canule de Trendelenburg est excellente, à la condition de remplir le réservoir avec de l'eau et non avec de l'air. Il est important d'habituer le malade au contact de la canule avant l'opération ;

4° L'opération elle-même. Incision en T, dont la branche horizontale se trouve au niveau de l'os hyoïde, et dont la branche verticale s'arrête à un centimètre de la plaie trachéale. On continue avec les couteaux fins du galvano-cautère. Lorsqu'on a sectionné les muscles, il faut, à l'aide d'une spatule et des doigts, libérer le larynx comme on ferait pour une tumeur. Pour séparer le larynx de l'œsophage, il est préférable de procéder de bas en haut. Arrivé à la limite supérieure de l'organe, on l'incline d'un côté et on coupe la grande corne du thyroïde du côté opposé ; on coupe ensuite la corne qui reste, et le larynx est détaché. On enlève ou on laisse l'épiglotte, suivant son état. La sonde œsophagienne mise en place, on panse avec de la gaze iodoformée. PIERRE DELBET.

II. — Bœckel publie cinq observations de papillomes du larynx, pour lesquels il a pratiqué la trachéo-laryngotomie. Sauf dans un cas, où la mort est survenue le neuvième jour de pneumonie septique, il y a eu guérison avec intégrité de la voix chez trois malades; chez un quatrième, le retour de la phonation n'existait pas encore deux ans après l'opération. La survie a été de plusieurs mois à cinq ans et demi (pour l'un des opérés).

Bœckel donne en outre la relation d'une extirpation totale du larynx pour un carcinome. Le soir même de l'opération, il y eut mort subite, attribuable à une imperfection dans la construction de la canule. OZENNE.

III. — Homme de 61 ans; début de la raucité de la voix deux ans auparavant; peu de douleur, aucune dyspnée. L'examen laryngoscopique révèle de la congestion des deux cordes vocales et une ulcération de la moitié postérieure de la corde vocale gauche, sans gonflement des parties molles ni des

ganglions adjacents. Le diagnostic de cette ulcération paraît obscur, et, comme pierre de touche, on soumet le malade au traitement mercuriel pendant six semaines, sans aucune efficacité. On se décide alors à faire la résection partielle du larynx après trachéotomie dans la même séance.

L'opération fut peu sanglante, grâce au soin que prit l'auteur de décoller la muqueuse, de raser de très près le cartilage, et de cautériser les surfaces de section avec le galvano-cautère. L'épiglotte fut conservée intacte; aussi la déglutition ne fut jamais très gênée. Au bout de 30 heures, on enleva la canule à tampon, pour la remplacer par une canule ordinaire de trachéotomie. L'alimentation fut maintenue à l'aide d'une sonde œsophagienne. Malgré un accident de suffocation qui nécessita pendant quelques jours la réintroduction de la canule trachéale, la cicatrisation de la plaie marcha vite, et le malade pouvait être considéré comme guéri le 29 janvier, l'opération ayant eu lieu le 15 décembre.

L'examen histologique de la tumeur révéla un épithélioma à cellules cylindriques provenant du ventricule du larynx. H. R.

IV. — Ablation du larynx pour cancer, chez un homme de 52 ans. Trois mois après, l'opéré est encore en bon état. L'intérêt de cette observation est dans le procédé employé par Dupont pour prévenir l'entrée du sang dans la trachée. La canule de Trendelenburg lui semble insuffisante. Il sectionne la trachée près du larynx, la détache de l'œsophage et la recourbe en avant et en bas, en fixant l'extrémité par un point de suture à l'angle inférieur de la plaie.

V. — Homme de 58 ans, ayant de l'enrouement et de la dyspnée, causés par une tumeur laryngée d'apparence sarcomateuse. Opération le 2 février. Incision sur la ligne médiane de l'os hyoïde à la fosse sus-sternale. L'isthme du corps thyroïde est divisé, les muscles sterno et thyro-hyoïdiens sont détachés de leurs insertions. Le larynx étant bien mis à nu; la trachée, séparée de l'œsophage, est sectionnée au-dessous du cartilage cricoïde. Un bouchon de caoutchouc laissant passer un tube est solidement fixé au conduit trachéal pour continuer l'anesthésie. Le larynx est alors détaché; mais, au moment de dégager la paroi postérieure, on constate que la tumeur a envahi le pharynx et il est nécessaire d'enlever la plus grande partie de ce conduit, en ne laissant qu'une bande de sa paroi postérieure. Pour empêcher l'écoulement de la salive et des sécrétions dans la plaie et des fusées dans le médiastin, une éponge aseptique, retenue par un fil, est enfoncée par la partie supérieure de la plaie jusque dans la gorge. Mort le 3e jour. L'impossibilité de faire l'autopsie ne permet pas de préciser la cause de la mort : la tumeur était un épithélioma tubulaire. A. CARTAZ.

I. — A case of excision of the larynx for epithelioma, par Henry MORRIS (*Clinical Soc. of London* ; *Brit. med. journ.*, 20 *novembre* 1886).

II. — Partial extirpation of the larynx, par Felix SEMON (*Ibidem*).

III. — A case of epithelioma of the vocal cord for which partial excision of the larynx..... par BUTLIN (*Ibidem*).

I. — Homme de 59 ans, sténose laryngée, dont le début remonte à trois ans, causée par un épithelioma. Trachéotomie il y a cinq mois. Cette opération ne remédie pas à la dyspnée ; de plus, les douleurs sont telles qu'on se décide à extirper le larynx. Mort au huitième jour. L'extirpation a été complète et il n'existe nulle part d'autres noyaux cancéreux.

II. — Homme de 52 ans, avocat, perte graduelle de la voix depuis un an. On trouve que la corde vocale gauche est envahie par une tumeur allongée, irrégulière, gris blanchâtre ; un fragment, extirpé avec la pince, montre la nature épithéliomateuse. Eugène Hahn enlève la moitié gauche du larynx, à

l'exception du cricoïde. La tumeur était fixée par un long pédicule dans le ventricule de Morgagni. Catarrhe bronchique intense et pleurésie légère attribués au passage d'un peu de sang dans la trachée. Cinq mois après, le malade est bien, avale sans difficulté, ne porte plus de canule ; la voix est si heureusement restaurée, malgré l'existence d'une seule corde, que le malade songe à reprendre sa profession.

III. — Homme de 50 ans. Épithélioma de la corde gauche. Extirpation à la pince de fragments de tumeur ; récidive. Ablation de la moitié gauche du larynx ; on enlève en même temps les cordes vocales, vraies et fausses du côté droit. Guérison. Le malade peut parler comme en sifflant, mais d'une façon suffisamment distincte.

Dans la discussion, Pick raconte avoir fait une ablation totale ; le malade est mort. Dans un autre cas, il n'a enlevé que les parties molles, laissant les cartilages du larynx. Récidive en deux mois et mort quatre mois après.

A. CARTAZ.

De l'hyperacousie dans la paralysie faciale et de l'influence de la mastication sur l'acuité auditive, par LANNOIS (*Lyon méd.*, 12 *juin* 1887).

1° Le muscle interne du marteau étant innervé par le trijumeau, les phénomènes d'ordre auditif qui s'observent dans la paralysie faciale tiennent à la paralysie concomitante du muscle de l'étrier et non à la paralysie du muscle interne du marteau, comme on le dit généralement. Si ce dernier intervient, c'est seulement par l'exagération de son action, son antagoniste étant paralysé;

2° La diminution de la capacité auditive qu'on observe chez quelques personnes pendant la contraction des masséters et la mastication tient à la contraction simultanée et trop énergique du muscle interne du marteau.

A. C.

Zum Morbus Ménière, par Gustave BRUNNER (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde, p.* 47, 1887).

Après avoir rapporté l'histoire d'un malade atteint de vertige de Ménière, chez lequel l'affection débuta par des attaques de vertige, séparées par des rémissions complètes, et aboutit au bout de 13 ans à une surdité bilatérale incomplète, accompagnée de bruits subjectifs, l'auteur ébauche une classification des différentes formes morbides, englobées sous le titre de vertige de Ménière.

La maladie peut être exceptionnellement produite par des lésions cérébrales ou plutôt cérébelleuses. Dans ces cas, la surdité manque d'ordinaire. Dans la majorité des cas, c'est le labyrinthe qui est en jeu.

L'auteur distingue ici une forme légère et une forme grave.

Cette dernière est caractérisée par la rapidité de la surdité. Brunner ne pense pas qu'elle soit toujours causée par des hémorragies labyrinthiques ; il attribue une influence pathogénique à l'oblitération des voies normales d'échappement de la périlymphe et de l'endolymphe.

La forme légère se distingue par le caractère intermittent et parfois régulièrement périodique des accès vertigineux, par la lenteur de production et l'inconstance de la surdité. L'auteur pense que cette forme relève de troubles vaso-moteurs congestifs, et il explique, par l'action décongestive (par parésie du cœur) du sulfate de quinine, les excellents effets de ce médicament employé pour la première fois par Charcot, dans le traitement du vertige de Ménière.

LUC.

Allgemeine Atrophie des leitenden Gehörapparates (Atrophie générale de l'appareil de transmission de l'organe de l'audition), par S.-O. RICHEY, (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde, p.* 251, 1886).

Après une bonne description clinique des symptômes et de l'évolution de l'otite sèche, l'auteur s'élève contre l'opinion courante qui tend à considérer cette affection comme rebelle à tout traitement. L'important, d'après lui, est d'intervenir de bonne heure et de poursuivre longtemps le traitement. Il considère la formation de bouchons très durs de cérumen comme un symptôme fréquent du début de l'évolution de l'otite scléreuse. La peau du conduit auditif participant au travail de sclérose atrophique de la caisse, l'épiderme s'élimine mal et le produit des glandes cérumineuses tend à s'accumuler sous forme de masses indurées. Plus tard, les glandes s'atrophiant davantage cessent complètement de sécréter.

Si, à cette époque, on vient à examiner les membranes tympaniques, on constate déjà des modifications d'aspect indiquant un commencement de travail de sclérose de la caisse. Le traitement institué dès ce moment pourra être efficace ; mais plus tard il restera sans résultat. L'auteur est peu explicite sur les détails du traitement.

Il recommande seulement le cathétérisme de la trompe qu'il préfère au ballon de Politzer même chez les enfants.

Il rapporte l'observation de deux malades atteints d'une surdité prononcée et considérée comme incurable et très améliorée après un traitement suffisamment prolongé. LUC.

HYGIÈNE ET MÉDECINE MILITAIRES.

Statistique médicale de l'armée française pendant l'année 1883 (*In-4°, Paris*, 1886).

Effectif en 1883 : 455,608 présents.

Le nombre des malades aux hôpitaux est 104,730, soit 230 0/00 ;

A l'infirmerie 135,714 soit 298 0/00; à la chambre 868,085 soit 1,905 0/00. Chaque présent a eu 15,9 d'indisponibilité, et 6,5 de maladie.

Il y a eu 7,271 sorties, soit 13, 8 0/00, pour maladies, blessures ou infirmités.

La mortalité est de 3,714 soit 8,15 0/00; c'est la plus basse qui ait été observée jusqu'ici.

La fièvre typhoïde a donné 3,1 0/00 de l'effectif, c'est-à-dire les 2/5 de la mortalité totale de l'armée. Elle est de 3,7 0/00 en Tunisie et Algérie et 2,9 0/00 à l'intérieur. (Cette affection est, dans le rapport, étudiée dans chacun des corps d'armés.)

La tuberculose donne un nombre décroissant de décès, en même temps que le chiffre des réformes et retraites pour cette cause subit également une atténuation. 477 décès, soit 1,04 0/00; 1,200 réformés, soit 2,63 0/00. L'Algérie et la Tunisie en fournissent le moins.

La variole, en décroissance constante depuis 1876, compte 371 cas avec 15 décès. Le 19e corps et la Tunisie donnent le 1/3 des décès pour toute l'année, et près du 1/3 des cas. La localisation en France paraît être aux départements du Midi.

2,241 cas de rougeole avec 23 décès, 21 cas seulement en Algérie et Tunisie.

La diphtérie a 149 décès à son actif, et la presque totalité est fournie par le quartier de l'École militaire et l'Hôpital du Gros-Caillou.

En Algérie et enTunisie pour impaludisme on compte (hôpital et infirmerie) 7,663 malades et 76 décès. Grave surtout à Bône et à Philippeville, l'endémie sévit moins en Tunisie qu'en Algérie.

La dyssenterie et la diarrhée ont causé 84 décès (contre 214 en 1882).

Les oreillons ont sévi dans tous les corps d'armée, presque dans toutes les garnisons. Le chiffre des malades a été considérable; des régiments ont compté jusqu'à 109 atteints. A Langres, 131 cas de goître épidémique; à Belfort 60; à Albertville 94.

La syphilis donne une proportion de 10,3 0/00, les uréthrites et chancres mous de 48,6 0/00. Enfin 154 suicides.

Le contingent de 1882 a été de 153,888 hommes, et la taille moyenne de 1^{m},648. MAUBRAC.

La phtisie dans l'armée anglaise, par R. LAWSON (*Semaine médicale, n° 3, p. 35, 1887*).

Parmi les troupes stationnées dans le Royaume-Uni, la mortalité causée par la phtisie est en voie de décroissance très marquée. De 1837 à 1846, elle était de 9,38 0/00 (contre 4,97 dans la population civile); de 1860 à 1864, elle était de 5,77 (contre 3,60 dans la population civile); de 1865 à 1869, elle était de 4,83 (contre 3,73); de 1880 à 1884, de 3,63 0/00 (contre 2,81).

Lawson attribue cette chute graduelle à l'hygiène perfectionnée des casernes, à la ventilation améliorée, à l'établissement des casernes non plus dans l'intérieur des villes, mais dans des camps beaucoup plus sains, et au remplacement des chemises de coton par la flanelle, dont l'influence paraît assez manifeste. MAUBRAC.

Die Sanitäts-Verhältnisse des k. k. Heeres in den Jahren 1880-1885 (Statistique sanitaire de l'armée autrichienne de 1880 à 1885), par MYRDACZ (*Wien. med. Presse, n° 1, p. 9, 1887*).

De 1880 à 1885, le contingent de l'armée autrichienne a été en moyenne de 263,436 hommes. On a compté en moyenne, par année, 330,337 cas de maladies. Le taux de la morbidité a donc été, pendant ces six années, de 1,254 0/00. Mais le chiffre a diminué progressivement : il était de 1,426 en 1880, il n'est plus que de 1,084 en 1885. Le progrès est donc sensible.

D'autre part, la durée des maladies est tombée de 19.3 jours en moyenne (1880) à 15.4 jours en 1885.

La mortalité s'est abaissée de 8.9 0/00 en 1880, à 6 0/00 en 1885.

Le chiffre de l'invalidité passagère est descendu de 33.7 à 30.4 0/00; celui des invalides définitifs s'est accru de 13.4 à 13.8 0/00.

L'état sanitaire a donc été en progrès pendant les 6 années. L. GALLIARD.

De la ration alimentaire en générale. Application au soldat, par L. de MONTÉTY (*Thèse de Paris*, 1886).

Ce travail est surtout consacré à l'étude des déperditions de l'organisme et de ses différents facteurs, et de la ration dans ses deux modalités, entretien et travail. Ces données appliquées au soldat français démontrent que la ration d'entretien, et la ration de travail surtout sont insuffisantes. Il recommande comme conserve alimentaire le chocolat d'Hœckel composé (40 0/0) de la graine de *Kola acuminata* riche en propriétés bromatologiques et excitantes de la fibre musculaire, et de 11 0/0 de poudre de viande. 250 grammes de ce chocolat équivaudraient à 300 grammes de viande fraîche et désossée. Ce produit a été expérimenté en grand ; il ne saurait constituer le seul aliment du soldat, mais c'est un supplément précieux dont les effets sont conparables à ceux du café et de l'eau-de-vie, tout en étant plus puissants et plus durables. Sa composition élémentaire est matières grasses 22,75 ; sucre 37,25 : amidon 6,84 ; matières protéïques 15 ; etc. M.

Fleischzwieback (Conserve de viande), par J.-W. GRIMM (*Woj. san. Djelo*, n° 48, 1886).

Le biscuit de Port (400 grammes de viande fraîche hachée et 480 grammes de farine) est trop dur et se ramollit à peine par la cuisson. L'auteur propose du biscuit de viande réduite en poudre à la mécanique et de farine de blé et de seigle ; la poudre ainsi obtenue est insipide.

Les pains cuits une première fois sont coupés en morceaux, puis recuits pour obtenir une dessiccation complète : ils sont alors tendres, agréables au goût, se conservent facilement, et, cuits, donnent un excellent pain de soupe : il y manque seulement un peu de sel. MAUBRAC.

Weitere Beiträge zur Kenntniss... (Influence de la marche sur la température du corps des fantassins), par HILLER (*Deutsche militär-ärztl. Zeitsch.*, 1886).

Les études thermométriques faites sur les fantassins, après une marche de durée variable, ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

La température rectale, après une marche de une à deux heures, avec armes et bagages (le poids du soldat, armement compris, étant de 83.5 kilog.), s'est élevée à 39° 55 centigr. en moyenne, avec une température extérieure de 12 à 19° centigr, et avec un état hygrométrique de l'air de 50/100. Sous une température de 27 à 28° C., en plein soleil, la température rectale s'est élevée jusqu'à 40° 2 centigr., même avec un vent frais mesurant 4 mètres à la seconde, et un état hygrométrique de 32/100. — La température des vêtements s'est élevée jusqu'à 44° centigr. Le refroidissement du corps se produit très vite, dès que les vêtements sont enlevés. ADOLPHE LESAGE.

Statistique du service d'ophtalmologie du Val-de-Grâce, par CHAUVEL (*Arch. de méd. milit.*, *p.* 65, 1er *février* 1886).

Résultats fournis par l'examen de 3,375 sujets de 1882 à 1885.

L'auteur insiste surtout sur les vices de réfraction.

Il obtient pour la myopie de 0 à 3 dioptries compris, myopie faible

57 0/0 des cas : pour la myopie de 2.50 à 6 d., myopie moyenne 33 0/0, de 6.50 à 10 d. ; myopie forte de 3.50 0/0 ; pour la myopie supérieure à 10 d., myopie très forte, une proportion de 1.74 0/0 ; or, les myopies faibles et moyennes, quand elles sont corrigées, donnent à l'armée des sujets excellents pour la plupart. La proportion des myopies héréditaires était de 38.4 0/0. Deux fois sur trois, le degré de myopie des deux yeux est sensiblement le même ; dans le dernier tiers des cas, la différence est supérieure à 1/2 d.

La fréquence de l'astigmatisme ne croît pas avec le degré de myopie ; dans les myopies faibles, moyennes et fortes, la proportion est sensiblement la même, un peu plus du 1/3 des myopes offre un astigmatisme notable ; cette fréquence n'est proportionnelle que pour les vices de réfraction extrêmes.

Si l'on considère l'acuité de 2/3 comme normale, la proportion des acuités normales dans la myopie sans astigmatisme est de 75 0/0 ; avec un astigmatisme de 1 d. 25 à 2 d., elle s'abaisse à la moitié, tombe à 1/4 pour un astigmatisme de 2 d. à 4 d., à 1/20 pour les astigmatismes plus élevés.

Le strabisme myopique divergent a été noté chez 65 sujets ; 35 fois le strabisme était convergent.

Chez les hypermétropes qui ont été examinés, l'acuité visuelle était faible ; ces hypermétropes, plus ou moins amblyopes, ne sont pas de ceux qu'on corrige aisément ; rarement les verres sphériques ont amené l'amélioration de la vue, souvent à cause d'un strabisme, d'un astigmatisme prononcé ; dans nombre de cas, on cherche en vain la raison ; l'amblyopie hypermétropique ne s'accompagne jamais de lésions anatomiques des milieux et des membranes de l'œil. Le plus grand nombre des hypermétropes n'offre rien de particulier dans la conformation apparente des traits ou de la tête. Le strabisme ne se rencontre guère que dans les degrés peu élevés de l'affection ; sur 80 cas relevés, le strabisme était 60 fois convergent, 20 fois divergent. MAUBRAC.

Ueber bis jetz noch nicht... (Sur un os d'exercice non décrit), par LUDWIG (*Congrès des naturalistes allemands. Cent. f. Chirurg., n° 45, 1886*).

On a décrit l'os d'exercice (exercier knochen) de l'épaule gauche. Il est devenu plus rare depuis que les fusils sont plus légers. On a aussi décrit l'os des cavaliers dans les adducteurs de la cuisse. Celui dont il s'agit siégeait dans le vaste externe du côté gauche chez un cavalier. Il était dû, sans doute, aux coups répétés que vient frapper le sabre ou la carabine sur ce point pendant le galop. Il fut extirpé et pesait 124 grammes. PIERRE DELBET.

I. — Des troubles fonctionnels et des affections organiques du cœur chez le soldat, par E. DUPONCHEL (*Arch. de méd. milit., mars* 1887).

II. — Même sujet, par COUSTAN (*Ibidem, avril et mai* 1887).

I.— Le cœur forcé n'est pas une entité morbide, une maladie primitive résultant directement de la fatigue : c'est une phase symptomatique spéciale, se rencontrant dans les maladies du cœur les plus diverses.

Ce syndrome paraît pourtant se rencontrer plus fréquemment dans les maladies du cœur qui tiennent surtout à des modifications de la texture

du myocarde. Les maladies franchement valvulaires dépassent souvent la période du surmènement et aboutissent d'emblée à l'asystolie. Les symptômes principaux du cœur forcé sont les palpitations, l'oppression, l'arythmie. Les souffles les plus fréquents sont le souffle tricuspidien et le systolique extracardiaque du 3° espace.

Dans l'armée, le nombre élevé des cœurs forcés s'explique par ce fait que de jeunes soldats sont incorporés, atteints de troubles cardiaques légers, se développant sous l'influence de l'entraînement des premiers mois de service.

Les hypertrophies de croissance, admises dans l'armée, aboutissent vite à la période de surmènement et à des troubles qui finiront par être irrémédiables.

II. — Après une critique soignée des causes et des divers modes pathogéniques invoqués qui président aux déterminations anatomiques du surmènement cardiaque, Coustan admet qu'il existe des états cardiopathiques caractéristiques de la profession militaire, surtout au début : palpitations, hypertrophie de croissance, cœur forcé ou surmené. Sous l'influence de la fatigue, il s'établit des troubles cardiaques allant depuis les troubles fonctionnels fugitifs jusqu'aux lésions matérielles du myocarde et de l'endocarde.

On peut observer trois périodes distinctes : 1° arythmie, palpitations, intermittences; ici l'élément nerveux domine; il n'y a point de lésion; mais les crises, se répétant, entraînent un élément fluxionnaire qui finit par entraîner des lésions organiques; 2° congestion, hyperémie, myocardite, hypertrophie, dilatation, encore curables, souffles valvulaires fugaces; 3 myocardite et endocardite définitivement installées, souffles permanents, asystolie, sérumurie et accidents ultimes.

Au point de vue militaire, le surmènement du cœur doit entraîner la réforme : il en est de même pour l'hypertrophie de croissance, bien que au point de vue personnel, le pronostic soit favorable. MAUBRAC.

Tropical abcess of the liver (De l'abcès tropical du foie), par TOMES (*The Lancet*, 9 *octobre* 1886).

Tomes donne le résumé de ses observations sur l'hépatite suppurée, telle qu'on la rencontre dans l'Inde anglaise, où elle sévit non seulement, comme on l'a cru longtemps, sur les Européens, mais aussi sur les indigènes. Dans l'armée britannique, forte de 56,000 hommes, le chiffre annuel des admissions à l'hôpital pour hépatite est de 1,600 environ, soit 28 0/00, donnant 70 à 80 décès et 160 à 200 cas de réforme. Dans l'armée indigène, pour une force de 115,000 hommes, il n'y a eu, en 1883, que 173 cas d'hépatite, soit 1, 5 0/00, et seulement 21 décès. — L'influence de l'alcoolisme dans le développement de l'hépatite a été fort exagérée selon Tomes; quant à la théorie de Budd, d'après laquelle l'abcès du foie serait consécutif aux lésions intestinales de la dysenterie, elle est démentie aussi bien par les autopsies que par l'observation clinique et la statistique. La principale, sinon l'unique cause de l'hépatite tropicale, selon Tomes, c'est l'impaludisme; elle n'atteint pas exclusivement l'Européen immigré, mais agit également sur les indigènes des régions montagneuses qui viennent s'établir dans les plaines humides du Bengale. Seulement, tandis que chez l'Européen la manifes-

tation hépatique est précoce, chez l'indigène elle est tardive et ne survient qu'après une exposition prolongée à l'influence malarique, lorsqu'il y a cachexie paludéenne. Le début est souvent insidieux et la formation du pus parfois tout à fait latente; on a vu des soldats mourir de la rupture d'un abcès du foie sans avoir quitté leur service. Quand aucun traitement n'intervient, la mortalité (en cas d'abcès formé) est de 90 0/0 environ ; parmi les guérisons spontanées, les plus fréquentes sont dues à l'évacuation du pus par les bronches ou par l'intestin. H. BARTH.

Recherches sur la fièvre typhoïde en Tunisie et sur les modifications que lui imprime la chaleur, par H. BLANC (*Arch. de méd. milit.*, *nos* 1 *et* 2, 1887).

L'épidémie de juillet à décembre 1885, à Tunis, a présenté deux poussées. 1° Durant la période *estivale* (1er juillet, 30 septembre, 41 cas 12 décès, dont 4 dans le cours du 1er septenaire), les formes cliniques ont été : ataxiques, avec délire, tendance au suicide, convulsions; adynamiques; à formes thoraciques. Les complications bronchiques ont été fréquentes et graves : congestion brusque, œdème suraigu, liés d'ordinaire à une brusque élévation de la température extérieure, lorsqu'elle dépassait 38° (du 1er au 15 août, maxima de 39° à 46°), le délire devenait furieux, l'hyperthermie atteignait 41°, convalescences très longues. 2° Durant la période *automnale* (43 cas, 1 seul décès par dyssenterie ; chaque convalescent évacué), le délire est exceptionel; plus de convulsions, congestion bronchique limitée; température 39° à 40° convalescence rapide ; point de complication.

La chaleur imprime à la fièvre typhoïde des modifications : 1° Les phénomènes abdominaux tendant à s'effacer (malgré l'étendue et la profondeur des ulcérations) diminution de la diarrhée : point de météorisme, taches rosées rares.

2° Les phénomènes nerveux sont exagérés : tantôt excitation, chez les troupes au repos, en garnison, au début de l'expédition; délire précoce et violent, hyperesthésie, hyperthermie; réaction d'un organisme capable de lutter contre une intoxication typhoïdique suraiguë; tantôt adynamie, chez les épuisés, les troupes en campagne depuis quelque temps, les surmenés; prostration précoce, affaissement, dépression, coma, etc.

3° Les sueurs sont profuses ; on note une grande tendance aux sudamina furoncles, abcès, le tout favorisé sinon déterminé par la congestion et hypersécrétion considérables de la peau.

Ces caractères spéciaux dépendent de la suractivité imprimée à l'agent morbide, et de la réceptivité plus grande de l'organisme. Nombre de complications pulmonaires, cérébro-spinales et peut-être même cardiaques, se rattachent à une action plus ou moins directe et unique de la chaleur sur l'organisme. MAUBRAC.

Thermométrie clinique : le pronostic des fièvres palustres, par CATRIN (*Gaz. hebd. de méd.*, 16 *juillet* 1886).

Catrin, envisageant la question du pronostic de la malaria au point de vue des intérêts militaires, pense avoir trouvé certains symptômes permettant de dire si un homme atteint par la malaria pourra ou non guérir dans le pays même ou aura besoin d'être rapatrié. Les observations ont

été prises en Tunisie, et plus tard en France, sur des hommes du 127e de ligne.

Les fièvres à intermittence vraie (quotidienne, tierce, quarte, etc.,) des auteurs ont été fort rares. Le plus souvent les types se mêlaient, s'enchevêtraient de telle façon qu'il devenait difficile de donner un nom à ce type.

Les conclusions du travail sont les suivantes :

1° Les formes franches des types de fièvre palustre sont, en Tunisie, moins fréquemment observées qu'on ne le pourrait croire ;

2° Les fatigues, les excès ont une influence considérable sur la genèse et les récidives des fièvres palustres :

3° Une localité située à 500 mètres au-dessus de la plaine ne peut être proposée comme sanitarium.

4° Le pronostic des fièvres palustres peut, dès les premiers accès, se fonder sur les signes suivants :

A. Le type qui atteint pour la première fois le malade : la rémittente ascendante, la fièvre tierce, sont d'un fâcheux pronostic.

B. La forme dite rémittente n'existe pas et en réalité ce sont la plupart du temps des fièvres continues qu'on observe. Toutefois on peut considérer 4 types de fièvre rémittente : 1° la rémittente franche; 2° la rémittente irrégulière; 3° la rémittente ascendante; 4° la rémittente descendante.

C. Si la température, pendant la période fébrile, est très élevée (41 degrés), la cachexie est probable.

D. Si la température apyrétique est au-dessous de la normale (36°8), la cachexie est presque certaine.

Enfin la réunion de ces deux derniers signes (C et D) doit engager à évacuer le malade. RICHARDIÈRE.

La médication antiseptique en paix et en guerre, par G. HABART (*Vienne*, 1886).

Dans ce traité, sous forme brève et concise est exposé tout ce qui concerne les méthodes actuelles de l'antisepsie.

Une première partie théorique traite de la putréfaction. L'auteur énumère et critique ensuite les divers antiseptiques. Dans la seconde partie est étudiée l'antisepsie en temps de guerre avec grande compétence et justesse de critique. L'auteur donne la préférence presque exclusive (au poste de secours, à l'ambulance à l'hôpital) à l'iodoforme qu'on appliquera sous forme de poudre ou de gaze iodoformée et qu'on maintiendra sur place avec de l'ouate. MAUBRAC.

Quelques expériences sur les effets des balles de petit calibre à enveloppe d'acier, par CHAUVEL (*Bull. de la Soc. de chir., t. XIII, p.* 83).

A courte distance, les balles, animées d'une vitesse considérable, produisent des effets terribles analogues à ceux des balles du fusil Gras. La détermination de la limite de cette distance meurtrière n'a pas été faite.

A longue distance (un kilomètre environ), les lésions des parties molles et des diaphyses paraissent compatibles avec la conservation du membre, mais il faut rester sur la réserve en ce qui concerne leur action sur les diaphyses osseuses à tissu compacte, et elles ne paraissent pas mériter absolument le nom de « projectiles humanitaires » que leur ont donné Reyer, Beck et les chirurgiens allemands. MAURICE HACHE.

REVUES GÉNÉRALES.

LA BACTÉRIOLOGIE MÉDICALE, SES MÉTHODES ET SES PROGRÈS

PAR H. BARTH.

2e PARTIE. (*Voy.* t. XXX, p. 311.)

Bacille typhique.

Consulter dans la *Revue :*

Du Cazal et Zuber (*Revue générale*), XVIII, p. 302 et 700.

Tizzoni, Arnould, XX, 109; Coats, XX, 130; Wiltschurr, Stroganoff, Mirles, XXIX, 479;

Consulter, en outre, les travaux suivants :

DIE BACILLEN DES ABDOMINALTYPHUS (2e MÉMOIRE), par **Eberth** (*Virchow's Archiv, t. LXXXVI, p.* 486, 1881). — DIE BACILLEN DES ABDOMINALTYPHUS, par **Friedländer et Meyer** (*D. med. Woch., n°* 46, 1881). — TYFOÏDFEL FEBERNS BAKTERIE, par **Almquist** (*Nordiskt medicinskt Arkiv, Band XIV, n°* 10, 1882). — UEBER DAS AUFTRETEN DES MALIGNEN ŒDEMS BEI TYPHUS ABDOMINALIS, par **Brieger et Ehrlich** (*Berl. klin. Wochensch., n°* 44, 1882). — ZUR PATHOGENESE DES ABDOMINALTYPHUS, par **Maragliano** (*Centralbl. für med. Wissensch., n°* 41, 1882). — STUDIEN UND ERFAHRUNGEN UBER DEN TYPHUS ABDOMINALIS, par **Wernich** (*Zeitschr. für klin. Med., Band IV, p.* 40, 1882). — ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE A AUXERRE EN SEPTEMBRE 1882, par **Dionis des Carrières** (*Soc. méd. des hôpitaux*, 1883). — EXPERIMENTELLE UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE ÆTIOLOGIE DES TYPHUS ABDOMINALIS, par **Letzerich** (*Arch. für experim. Path. und Pharmakol., t. XVII, p.* 219, 1883). — STUDIEN UEBER DEN BACILLUS DES TYPHUS ABDOMINALIS, par **Gaffky** (*Mittheil. aus dem k. Gesundheitsamte, t. II, Berlin*, 1884). — TYPHUSBACILLEN IM MILZBLUTE UND MILZSAFTE, par **Hein** (*Centralbl. f. med. Wiss., n°* 40, 1884). — ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE TYPHOÏDE EN DÉCEMBRE 1883 AUX FORGES DE LIVERDUN, par **Paul Lebon** (*Thèse de Nancy*, 1884). — ÉTUDE SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par **Artaud** (*Thèse de Paris*, 1885). — WEITERE UNTERSUCHUNGEN UEBER PTOMAÏNE, par **Brieger** (1885). — DIE LEZTJÄHRIGE TYPHUSEPIDEMIE IN ZURICH UND IHRE URSACHLICHE BEZIEHUNG ZUR WASSERVERSORGUNG, par **Kaufmann**

(*Corr.-Blatt f. schw. Aerzte, septembre* 1885). — Ueber den Nachweis der Typhusbacillen im Darminhalt und Stuhlgang, par **Pfeiffer** (*D. med. Wochenschr., n°* 29, 1885). — Zur Ætiologie des Abdominaltyphus, par **Reher** (*Arch. f. exper. Path., t. XIX, p.* 420, 1885). — Epidemic of typhoïd fever at Plymouth (Pennsylvania), par **Taylor et Shakespeare** (*Medical News, mai-juin* 1885). — Om Infektion of Grundvand og Tyfussmitte, par **Tryde** (*Kjobenhavn*, 1885). — Fièvre typhoïde a la campagne. Infection par l'eau potable, par **Ballivet** (*Revue méd. de la Suisse romande, janvier-février* 1886). — Relation d'une épidémie de famille de fièvre typhoïde ; recherches bactériologiques, par **Dreyfus-Brisac et Widal** (*Gaz. hebdom., 5 novembre* 1886). — Bacteriologische Studien ueber die ætiologische Bedeutung der Typhusbacillen, par **Beumer et Peiper** (*Zeitschr. f. Hygiene, Band* 1, *Heft* 3, 1886). — Zur Lehre von den pathogenetischen Eigenschaften des Typhusbacillus, par **Fränkel** (*Centralbl. f. kl. Med., n°* 10, 1886). — Die Ætiologische Bedeutung der Typhusbacillen, par **Fränkel et Simmonds** (*Leipzig*, 1886). — Des conditions typhogènes d'un groupe de maisons a Joigny, par **Longbois** (*Paris*, 1886). — Sulla presenza del bacillo tifoso nel sangue splenico e suo possibile valore diagnostico, par **Lucatello** (*Riforma medica, n°* 134-136, 1886). — Ueber das Vorkommen von Typhusbacillen im Blute, par **Meisels** (*Wien. med. Wochenschr., n°* 21, 1886.) — Nachweis der Typhusbacillen am Lebenden, par **Neuhaus** (*Berl. kl. Wochenschr., n°* 6, 1886). — Weitere Untersuchungen ueber den Bacillus des Abdominaltyphus, par **Le Même** (*Berl. kl. Wochenschr., n°* 24, 1886). — Ueber diagnostische Verwerthung der Milzpunction bei Typhus abdominalis, par **Philipowicz** (*Wien. med. Blätter, n.* 6 *et* 7, 1886). — Statistique de l'épidémie de fièvre typhoïde chez les sapeurs-pompiers en 1882, par **Regnier** (*Arch. de méd. militaire*, 1886). — Bacteriologische Studien zur Typhusætiologie, par **Seitz** (*München*, 1886). — Ueber eine von typhösen Darmgeschwüren ausgehende secundäre Infection, par **Senger** (*D. med. Wochenschr., n°* 4, 1886). — Die Uebertragung von Typhusbacillen auf Versuchsthiere, par **Sirotinin** (*Zeitschr. f. Hygiene, Band* 1, *Heft* 3, 1886). — Ueber den Schicksal der im Blut injicirten Mikroorganismen, par **Wyssokowitsch** (*Zeitschr. für Hygiene, Heft* 1, *Band I*, 1886). — L'eau et les bactéries, spécialement les bactéries typhogènes, par **J. Arnould** (*Revue d'hygiène, janvier* 1887). — Ueber Infectionsversuche mit Typhusbacillen, par **Baumgarten** (*Centralbl. f. klin. Med., p.* 57, 1887). — Enquête sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné a Pierrefonds en aout et septembre 1886, par **Brouardel** (*Annales d'hygiène publ. et de méd. légale, février* 1887). — Enquête sur l'épidémie de fièvre typhoïde de Clermont-Ferrand, par **Brouardel et Chantemesse** (*Annales d'hygiène et de médecine légale, mai* 1887). — Recherches sur le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par **Chantemesse et Widal** (*Arch. de physiol.*, 1er *avril* 1887). — Ueber den Befund von Typhus-bacillen aus dem Blute beim Lebenden, par **Rütimeyer** (*Centralbl. f. klin. Med., p.* 145, 1887). — Découverte du bacille typhique dans l'eau de Seine prise a Ivry, par **Thoinot**. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 *avril* 1887).

Bacille virgule du choléra.

Consulter dans la *Revue :*

Koch, Babès, Doyen, Emmerich, Finkler et Prior, Lewis, Nicati et Rietsch, Straus, Roux, Nocard et Thuillier, van Ermengem, Deneke, Pouchet, XXV,

562 ; Bouchard, Dowdeswell, XXVII, 145 ; Klebs, Ramon y Cajal, XXVIII, 531.

Consulter en outre :

Recherches anatomiques et expérimentales sur le choléra épidémique, par **Doyen** (*Thèse de Paris*, 1885, *et Arch. de physiol., août* 1885). — Beitrag zur Lehre von den Ursachen der Cholera, par **V. Gauthier** (*Berl. kl. Wochenschr. n°* 19, 1885). — Recherches expérimentales sur le choléra, par **P. Gibier et van Ermengem** (*Bull. de l'Acad. de méd.*, *n°* 33, 1885). — Ueber die Dauerformen der sogenannten Kommabacillen, par **Hueppe** (*Fortschr. der Medicin*, *n°* 19, 1885). — Remarks on the etiology of asiatic cholera, par **Klein** (*Brit. med. journal, p.* 650 *et* 934, 1885.) — The comma bacilli of the human mouth, par **Miller** (*Brit. med. Journal*, *p.* 935, *mai* 1885). — Recherches sur le choléra ; expériences d'inoculation, par **Nicati et Rietsch** (*Revue de méd., juin* 1885). — Le bacille virgule dans l'organisme, sa culture, ses produits de fermentation et leur action sur les animaux, par **Les Mêmes** (*Arch. de physiol.*, 3e *série, t. XI, p.* 12, 1885). — Atténuation du virus cholérique, par **Les Mêmes** (*Acad. des sciences*, 13 *juillet* 1885). — Contribution a la morphologie du bacille du choléra de Koch, par **Raptchievsky** (*Vratsch.*, *n°* 38, 1885). — Contribucion all'estudio de las formas involutivas del coma bacilo de Koch, par **Santiago Ramon y Cajal** (*La Cronica medica*, 20 *décembre* 1885). — Zum mikroskopischen Nachweis von Cholerabacillen in Dejectionen, par **Schottelius** (*D. med. Wochenschr.*, *n°* 14, 1885). — Sur une ptomaine trouvée dans les organes des cholériques, par **Villiers** (*Compt. rend. de l'Acad. des sc.*, 1885). — Report to the scientific committee on the cholera-bacillus, par **Watson Cheyne** (*Brit. med. Journal*, *avril-mai* 1885). — Contributo allo studio sperimentale e terapia del colera, par **Giordano** (*Giorn. dell' Accad. di med. di Torino*, *juillet* 1886). — The bacteria in asiatic cholera, par **Klein** (*The Practitioner*, *octobre* 1886). — Contribuzione agli studi sperimentali sul bacillo colerigeno del Koch, par **Pagliani, Canalis et Maggiora** (*Giorn. dell' Accad. di Torino*, *juillet* 1886). — Ricerche sperimentali sulla generalizzazione dell'infezione colerica, par **Tizzoni et Giuseppina Cattani** (*Riforma médica*, 18 *mars* 1887). — Esperimenti sull'infezione e sull'intossicazione colerica, par **Les Mêmes** (*Riforma med.* 12 *mai* 1887). — Ricerche intorno all'infezione colerica determinata per la via del sangue, par **Les Mêmes** (*Riforma medica*, 17 *juin* 1887). — Nuovi studi sul bacillo-virgola, par **Zässlein** (*Riforma medica*, *juin* 1887).

Diplocoque de la pneumonie.

Consulter dans la *Revue :*

Revue générale, par H. Barth, XXIV, 740 ; Fraenkel, XXVIII, 455 ; Pipping, XXVIII, 457 ; Pawlowsky, XXVIII, 497 ; Foa et Rattone, XXIX, 36 ; Sternberg, XXIX, 38 ; Jaccoud, Weichselbaum, XXIX, 154 ; Foa et Bordone-Uffreduzzi, XXIX, 110 ; Pane, XXIX, 475 ; Senger, XXIX, 468.

Consulter, en outre :

La pneumonite lobare, la pleurite, la pericardite et la meningite cerebro-spinale acuta considerate nei loro reciproci rapporti, par **Bozzolo** (*Giorn. della*

R. Accad. di med. di Torino, octobre 1882). — Sulla pneumonite crupale acuta, par **Canali et Zampettai** (*Riv. clin. di Bologna, p.* 40, 1884). — Beitrag zur Kenntniss des Pneumococcus, par **Klein** (*Centralbl. für med. Wissensch., n°* 30, 1884). — The micrococcus of pneumonia, par **Robert Maguire** (*Brit. med. Journal, décembre* 1884). — Ueber die diagnostische Bedeutung der Pneumoniecoccen, par **Platonow** (*Mittheilungen aus der medicinischen klinik zu Würzburg, t. I, p.* 221, 1885). — Contributo allo studio degli pneumococci, par **Fatichi** (*Lo Sperimentale, septembre* 1886). — Weitere Beiträge zur Lehre von den Micrococcen der Pneumonie, par **Fraenkel** (*Zeitschr. f. klin. Med., Band XI,* 1886). — Contribution a l'étude des pneumonies infectieuses, par **Helme** (*Thèse de Paris,* 1886). — Étude sur quelques cas de pneumonie observés a l'hopital de la pitié au printemps de 1886, par **Lancereaux et Besançon** (*Arch. gén. de méd., septembre* 1886). — Des maladies extra-pulmonaires déterminées par le pneumocoque, par **Netter** (*Bull. de la Soc. anatomique,* 19 *mars* 1886). — De l'endocardite végétante ulcéreuse d'origine pneumonique, par **Le Même** (*Arch. de physiol.,* 15 *août* 1886). — Le microcoque pneumonique et la pneumonie traumatique, par **A. Petit** (*Gaz. hebdom., n°* 7, 1886). — Sur la pneumonie aigue, par **Jaccoud** (*Comptes rend. de l'Acad. des sciences,* 25 *avril* 1887). — Grippe et pneumonie en 1886, par **Ménétrier** (*in-8°, Paris* 1887). — La méningite due au pneumocoque, par **Netter** (*Arch. gén. de médecine, mars-juillet* 1887).

CHAPITRE II.

DE QUELQUES BACTÉRIES PATHOGÈNES RÉCEMMENT ÉTUDIÉES.

Il serait peu pratique et même impossible de vouloir, dans un travail dont l'étendue est nécessairement limitée, embrasser le champ entier de la bactériologie médicale, et rendre compte si sommairement que ce soit des innombrables travaux qui ont paru dans ces dernières années, relativement à l'origine parasitaire des maladies.

Nous avons cru préférable de circonscrire notre sujet, et de nous borner à envisager parmi les nombreuses espèces de micro-organismes étudiées depuis quatre ou cinq ans, ceux dont l'action pathogène est aujourd'hui hors de doute, et dont l'histoire est assez avancée pour permettre un coup d'œil d'ensemble.

Afin de ménager l'espace dont nous disposons, nous ne dirons rien des maladies des animaux, dont la parasitologie, très avancée déjà à l'époque où écrivaient Zuber et Du Cazal, a fait depuis lors peu de progrès. Parmi les bactéries pathogènes propres à l'homme, nous choisirons celles qui intéressent plus directement le clinicien.

§ Ier. *Le bacille typhique.*

Historique. — La découverte d'un micro-organisme spécifique dans la dothiénentérie n'est déjà plus tout à fait récente, et il en a été assez longuement question dans la *Revue générale* publiée ici même par MM. Du Cazal et Zuber il y a six ans. Mais ces auteurs, en rendant compte des premiers travaux d'Eberth et de Klebs sur le bacille typhi-

que, n'ont pu se défendre d'un certain scepticisme, bien explicable si on se rappelle combien de fois cette découverte avait été pompeusement annoncée au monde savant, et combien de formes éphémères le prétendu microbe typhique avait successivement revêtues.

Depuis l'époque où Budd et Murchison, malgré de profondes divergences, s'étaient réunis pour affirmer l'origine parasitaire de la fièvre typhoïde, une série d'observateurs, tels que Tigri en Italie, Coze et Feltz en France, Hallier, Recklinghausen en Allemagne, Klein en Angleterre, avaient cru successivement démontrer l'existence du micro-organisme propre à cette maladie. Mais la technique bactériologique était loin d'avoir atteint un degré suffisant de pénétration et de précision pour permettre de différencier le bacille typhique des nombreux micro-organismes qui peuvent se rencontrer avec lui, soit chez le vivant, soit chez le cadavre. Aussi les descriptions données par ces différents auteurs étaient-elles promptement ruinées par les expériences de contrôle.

C'est seulement dans le courant de l'année 1880 qu'Eberth, reprenant avec le secours des nouvelles méthodes de coloration, les recherches ébauchées par lui en 1872, donna la première description un peu exacte. Dans la rate et dans les ganglions mésentériques des sujets morts de fièvre typhoïde, il aperçut des petits amas de bacilles en forme de fuseau, à peu près trois fois plus longs que larges, épais au centre, plus minces et arrondis à leurs extrémités, se colorant fort mal par les couleurs d'aniline.

Presque en même temps, Klebs déclarait avoir trouvé dans presque tous les organes des typhiques un micro-organisme composé de filaments allongés, de 50 μ de longueur et plus, sur 0,2 μ de large, et de bâtonnets courts et volumineux. Les longs filaments donnaient lieu, assurait-il, à la formation de spores endogènes, disposés en chapelet. Les bâtonnets courts pouvaient aussi parfois présenter une spore à leur extrémité. Klebs avait-il vu le bacille d'Eberth? avait-il, comme l'a supposé Koch, travaillé sur des cultures impures? Il est permis de se le demander. Malgré tous les efforts qu'on a faits pour identifier les deux descriptions, il est impossible de n'y pas voir de profondes divergences, et les figures publiées par Klebs dans son récent traité de pathologie générale, ne ressemblent guère aux types aujourd'hui bien connus du microbe typhique. Cependant on considéra généralement le travail de Klebs comme venant à l'appui des conclusions d'Eberth.

L'année suivante (1881), une confirmation très positive de la description d'Eberth fut apportée par Friedländer et Meyer. Ces auteurs, chez 18 typhoïdiques sur 22 cas examinés avaient constaté, dans l'appareil lymphoïde de l'intestin, et plus rarement dans d'autres tissus, des bacilles courts, assez épais, à extrémités mousses, offrant parfois à leur centre une sorte d'espace lacunaire. Dans d'autres maladies à ulcérations intestinales, telles que la dysenterie, la tuberculose, ils n'avaient rien pu voir de semblable.

Letzerich, en 1883, vint également confirmer la découverte d'Eberth et les caractères assignés par lui au *bacillus typhosus*.

Mais en même temps se produisaient les travaux d'Almquist, de Maragliano, de Hott et Blore, de Wernich, qui, trompés évidemment par une technique défectueuse, renouvelaient la confusion en décrivant le

germe typhoïdique tantôt comme un microcoque, tantôt comme un bacille, tantôt comme un organisme polymorphe ; on allait même jusqu'à soutenir, comme cela avait déjà eu lieu pour la bactéridie charbonneuse, que le microbe typhique était un simple dérivé du *bacillus subtilis* du foin.

Ainsi donc, rien n'était encore démontré, et la question restait fort obscure, lorsque Gaffky, armé de la méthode des cultures sur milieux solides, entreprit sous la direction de son maître Koch une étude complète du bacille typhique. Il chercha d'abord ce microbe sur le cadavre et dans 26 cas sur 28 autopsies de dothiénentériques, il réussit à le découvrir. Sur des pièces simplement durcies dans l'alcool il pratiquait des coupes, les colorait par le bleu de méthylène, les déshydratait par l'alcool et les éclaircissait avec l'essence de térébenthine. Ces préparations lui montrèrent, au niveau des follicules clos et des plaques de Peyer tuméfiées, ainsi que dans la rate et dans le foie, des amas de bacilles environ trois fois plus longs que larges, arrondis à leurs extrémités et présentant quelquefois une spore terminale. Il trouva les mêmes bacilles dans les capillaires du rein, mais non dans les canaux urinifères. Gaffky, ensemençant des tubes de gélatine avec de petits morceaux de rate, obtint des cultures pures de ce micro-organisme et en étudia le développement. Il remarqua que la formation des spores avait lieu surtout entre 30° et 40°. Il ne put obtenir de cultures avec les matières fécales des typhiques, parce que le bacille, dont la croissance est assez lente, était étouffé par d'autres germes à développement plus rapide. A ce propos, il fit voir que le bacille typhique se distinguait aisément des micro-organismes de la putréfaction, lesquels se colorent très bien par la méthode de Gram (*voir* la première partie), tandis que le bacille d'Eberth ne se laisse pas démontrer par ce procédé.

Le travail de Gaffky avait mis hors de doute l'existence du bacille typhique, et fixé définitivement ses principaux caractères. L'année suivante, Artaud, dans une thèse fort bien faite, confirma toutes les particularités signalées par l'auteur berlinois et appela de nouveau l'attention sur l'*espace clair* central déjà vu par Friedländer et Meyer.

Depuis cette époque, le bacille d'Eberth a été l'objet de nombreuses recherches, qui ont définitivement établi son rôle spécifique et pathogène, en même temps qu'elles ont éclairci la plupart des questions relatives à sa biologie, à son mode de développement et de propagation dans l'organisme et hors de l'organisme. On peut donc, dès aujourd'hui, l'étudier méthodiquement. Dans notre exposé nécessairement très sommaire, nous suivrons pas à pas l'excellent travail de Chantemesse et Widal, qui renferme, avec de nombreux résultats personnels, un résumé complet de l'état de nos connaissances sur toute la question du bacille typhique.

Morphologie et biologie du bacille typhique. — Le microbe d'Eberth et Gaffky, examiné à l'état de pureté, se présente sous l'aspect de petits bâtonnets, d'une longueur de 2 à 3 μ, arrondis à leurs extrémités et à peu près trois fois plus longs que larges. Cette forme et ces dimensions varient un peu selon les terrains de culture : sur l'agar et la pomme de terre, le diamètre transversal augmente et le bacille prend un aspect trapu tout particulier. Dans le bouillon simple, il devient court et très grêle ; sur la gélatine, au contraire, il présente souvent des formes mons-

trueuses, des filaments allongés et plusieurs fois incurvés sur eux-mêmes.

Dans certaines conditions de température et de milieu, par exemple dans les cultures sur pomme de terre maintenues pendant plusieurs jours entre 30° et 40°, les bacilles peuvent présenter à une de leurs extrémités une spore, offrant l'aspect d'une petite sphère réfringente, un peu plus large que le bâtonnet qui lui sert de base, et figurant avec ce dernier une petite massue.

Examiné à l'état frais dans la chambre humide, le bacille typhique présente, quelle que soit sa forme et sa dimension, un caractère essentiel : c'est sa *mobilité*. Il oscille rapidement sur lui-même et se déplace d'une manière très appréciable dans le champ du microscope.

Le bacille d'Eberth se colore avec difficulté, comme l'ont remarqué tous les observateurs (à l'exception de Klebs). Il ne se colore pas du tout par la méthode de Gram, et c'est là un caractère qui suffit à le différencier des organismes de la putréfaction. Quand on dispose d'une culture pure on peut faire aisément des préparations sur couvre-objet en délayant une parcelle dans l'eau distillée, passant trois fois la lamelle dans la flamme du bec de Bunsen et colorant à la fuchsine ou au violet de méthyle.

Pour déceler le bacille dans les coupes, on peut se servir de la méthode de Gaffky indiquée plus haut ; mais il faut que les pièces n'aient pas séjourné trop longtemps dans l'alcool. On se trouve bien d'employer, à l'exemple d'Artaud, les coupes fraîches pratiquées avec le microtome à congélation. On réussit mieux encore par la méthode de Ziehl : faire une solution de 1 gramme de fuchsine et 5 grammes d'acide phénique dans 100 grammes d'eau distillée, y plonger la coupe pendant une demi-heure, laver rapidement dans l'eau acidulée avec 1 0/0 d'acide acétique, décolorer par l'alcool, éclaircir avec l'essence de girofle et monter dans le baume de Canada.

Un autre procédé consiste à placer les coupes pendant deux heures dans le liquide d'Ehrlich, puis une minute dans une solution de sublimé à 1 0/0. On traite par l'alcool, l'essence et on monte dans le baume. On obtient ainsi des préparations semées de taches violettes, répondant aux bacilles réunis en zoogloées.

Le bacille typhique coloré par l'une ou l'autre de ces méthodes présente souvent à son centre un espace clair, circonscrit latéralement par deux lignes parallèles et terminé vers les extrémités par un contour demi-circulaire. Cet espace clair donne au bacille un aspect particulier, *en navette*, sur lequel divers auteurs, Artaud notamment, ont beaucoup insisté, et dont ils ont voulu faire un caractère esssentiel du microbe en question, tandis que d'autres observateurs, et Gaffky en particulier, ne le constataient pas ou le regardaient comme exceptionnel. Pour Chantemesse et Widal, « l'espace clair n'est autre chose qu'une dégénérescence partielle du bacille, une sorte de cadavérisation du centre qui ne se laisse plus imprégner par les matières colorantes .» En fait, l'espace clair central s'observe principalement dans les coupes de tissus ; au contraire sur les préparations faites avec des cultures artificielles, il manque presque toujours (comme l'avait remarqué Gaffky). Mais si, à l'exemple de Chantemesse et Widal, on entrave le développement des cultures en

ajoutant à la gélatine quelques gouttes d'acide phénique, l'espace clair central se montre bientôt.

Il faut bien se garder de confondre, comme l'ont fait certains auteurs, cet espace clair avec une spore. Celle-ci, quand elle existe, occupe toujours l'extrémité du bâtonnet dont elle dépasse un peu le diamètre. Elle résiste aux couleurs d'aniline, mais son enveloppe prend cependant une teinte légère qui la rend parfaitement visible.

Les caractères des cultures du bacille d'Eberth sur les divers milieux nutritifs en usage contribuent à le différencier. Ensemencé dans le bouillon, il trouble le liquide au bout de deux ou trois jours à la température de 15°, au bout de vingt-quatre heures dans l'étuve entre 20° et 35°. Abandonné à cette dernière température, il laisse déposer un sédiment blanc et au bout de quelques semaines le liquide prend une coloration rouge foncée.

Inoculé en piqûre dans un tube de gélatine, il se développe au bout de 48 heures sous forme de petites colonies lenticulaires, jaunâtres, disposées sur le trajet de l'aiguille de platine. Celles qui occupent la profondeur s'arrêtent bientôt, pendant qu'à la surface se développe un disque pelliculaire, transparent, à bords irisés, ou au contraire une culture épaisse et opaque en forme de lentille. Si l'inoculation a été faite en strie sur tube incliné, le développement se fait encore sous l'aspect d'un voile mince, translucide, à surface granuleuse, à reflets bleuâtres, ou bien sous forme d'une bande très étroite et très épaisse, de coloration blanc-jaunâtre. Ces variétés tiendraient selon Seitz à des différences dans la composition des gélatines. Quoi qu'il en soit, l'accroissement qui n'est jamais très rapide cesse après le neuvième jour. La gélatine ne se liquéfie pas, mais au bout d'un certain temps elle se trouble au voisinage des colonies, par suite d'une modification chimique ; elle offre parfois de fins cristaux dus à la précipitation des phosphates. Si on enlève les colonies bactériennes avec une spatule et si on ensemence de nouveau, il ne se développe rien ; la gélatine est devenue stérile pour le bacille typhique.

Sur l'agar-agar, le développement se fait aussi très bien, surtout quand on a ajouté de la glycérine selon le procédé de Nocard et Roux.

Mais les cultures les plus caractéristiques, celles qui font le mieux reconnaître le bacille d'Eberth, sont les cultures sur pomme de terre, étudiées pour la première fois par Gaffky. Ensemencée en strie selon la méthode habituelle, la pomme de terre ne présente d'abord aucun changement visible ; au bout de quelques jours seulement, on voit sa surface devenir plus luisante, plus humide ; quelquefois elle offre au point d'ensemencement une légère boursouflure. Si alors on gratte légèrement cette surface avec l'aiguille de platine, on soulève une mince pellicule demi-transparente, exclusivement constituée par les bacilles, comme le montre l'examen microscopique.

Quand le bacille typhique est mélangé à d'autres micro-organismes, comme par exemple dans l'eau ou dans les matières fécales, et que dans cet état on l'ensemence sur plaques de gélatine suivant le procédé de Koch, le développement des colonies se fait sous une forme particulière, bien étudiée par Chantemesse et Widal, et importante connaître. Disons tout de suite que, pour arriver à un résultat, et

pour empêcher le bacille d'être étouffé par d'autres organismes à croissance plus rapide ou qui liquéfient la gélatine, il est souvent nécessaire d'ajouter à cette dernière une certaine quantité d'acide phénique. L'expérience a prouvé que ce dernier corps, qui arrête le développement d'une foule de microbes, n'exerce presque pas d'influence sur le bacille d'Eberth. — Sur une culture en plaque ainsi disposée, les colonies se montrent au bout de deux ou trois jours sous l'aspect d'une tache ronde, grosse comme une tête d'épingle, mince, pelliculaire, nacrée et transparente. Au bout de cinq à six jours, elles ont atteint le volume d'une lentille et elles offrent alors un contour irrégulier, découpé comme les côtes d'une île. A un faible grossissement, leur surface paraît sillonnée par des cassures qui s'enfoncent de la périphérie vers le centre ; souvent elle est inégale et mamelonnée et toute la colonie semble formée par des circonvolutions enroulées sur elles-mêmes comme celles de l'intestin grêle. Cet aspect particulier, joint à la coloration brillante et nacrée, suffit parfois à faire reconnaître le bacille typhique.

L'étude des cultures artificielles a aussi permis de déterminer les limites de vitalité du bacille d'Eberth et son degré de résistance aux agents physiques de destruction.

La température la plus favorable à son développement oscille entre 25° et 35° ; entre ces limites, le bouillon ensemencé louchit en quinze ou vingt heures ; de 35° à 45°, la germination est un peu moins rapide ; à 46°, elle s'arrête. A des températures moins élevées, le développement est plus lent ; ainsi à 15°, il ne se manifeste qu'au bout de deux jours ; à 3°, il se fait encore (Seitz) ; un froid plus considérable l'arrête, mais sans détruire les bacilles, qui restent capables de vivre s'ils sont replacés dans des conditions favorables. (Chantemesse et Widal). — Les spores, ainsi qu'on l'a vu, ne se forment qu'entre 30° et 40° ; leur résistance aux agents de destruction est beaucoup plus grande que celle des bacilles. Du bouillon contenant des spores peut être porté à 90° sans cesser d'être inoculable. Mais une température de 100° le stérilise sûrement.

D'après Chantemesse et Widal, des spores du bacille typhique préalablement desséchés peuvent rester exposés plusieurs jours à la lumière du soleil sans perdre leur aptitude à se développer.

Dans les cultures sur gélatine, le microbe d'Eberth conserve très longtemps sa virulence, même en dehors de toute sporification : des tubes conservés depuis plus de cinq mois au laboratoire de Cornil ont encore pu servir à des ensemencements.

Cette grande résistance du bacille typhique à toutes les causes de destruction nous rend compte de la présence de ce microbe en tout temps et presque en tout lieu, ainsi que de sa propagation facile par l'eau, par l'air et même par le sol. Ainsi est expliquée la diffusion toujours croissante de la fièvre typhoïde et la difficulté de sa prophylaxie.

Développement du bacille typhique dans l'organisme humain. — Après avoir envisagé l'histoire naturelle du microbe typhoïdique, considéré en culture isolée, il convient de rechercher comment il se comporte dans l'organisme humain, comment il y pénètre, quelles parties il habite de préférence, quelles lésions il détermine et quel sort définitif il subit. — Pour cela, nous verrons d'abord ce que l'on constate sur le

cadavre, puis les résultats des recherches chez le vivant, enfin ceux des expériences de contrôle instituées chez les animaux.

En se servant des méthodes de coloration décrites plus haut, il est relativement facile de trouver et de reconnaître le bacille typhique dans les coupes d'organes. Encore plus sûre et beaucoup moins pénible est la méthode qui consiste à ensemencer des tubes de gélatine avec la pulpe d'un petit fragment de l'organe à examiner, extrait avec les précautions antiseptiques. Entre des mains exercées, ce dernier procédé réussit presque toujours. Il n'est même pas indispensable que l'opération soit pratiquée tout de suite après la mort. Non seulement le bacille typhique ne disparaît pas chez le cadavre, mais, au contraire, selon plusieurs auteurs (Seitz), il pullule dans les organes. E. Fränkel et Simmonds, ayant injecté une culture dans l'artère splénique d'un cadavre non typhique, ont vu, à la suite de cette expérience, le bacille proliférer dans le parenchyme de la rate.

Quel que soit le procédé employé, les organes où se trouve à peu près constamment le bacille typhique sont les plaques de Peyer, les ganglions mésentériques, le foie et la rate. On le rencontre aussi, mais moins fréquemment, dans les poumons, dans les méninges, les reins, les testicules, le muscle cardiaque, et tout à fait exceptionnellement dans le sang.

Dans les plaques de Peyer, les bacilles s'observent surtout aux périodes initiales de la maladie, avant toute ulcération. Ils occupent les glandes en tubes et le tissu conjonctif de la muqueuse, et aussi les intervalles entre les grandes cellules lymphatiques de la plaque elle-même. Au fur et à mesure que les plaques se nécrosent et s'ulcèrent, le bacille typhique disparaît et cède la place à d'autres micro-organismes. On le retrouve toutefois dans les couches plus profondes.

Dans la rate et dans le foie, les bacilles sont presque toujours disposés en amas, en véritables zoogloées, occupant l'intervalle des follicules de Malpighi ou des lobules hépatiques et parfois entourés d'une zone de prolifération embryonnaire.

Dans les reins, ils occupent la cavité des petits vaisseaux et notamment les capillaires des glomérules, mais on n'en trouve presque jamais dans les canalicules urinaires. S'ils apparaissent quelquefois dans l'urine, comme l'a montré le professeur Bouchard, ce n'est qu'à la suite d'une lésion plus ou moins profonde de l'appareil rénal et par effraction en quelque sorte, mais le rein ne saurait être considéré comme leur voie naturelle d'évacuation.

Dans les méninges, les colonies bacillaires remplissent les gaînes lymphatiques des petits vaisseaux et le parenchyme environnant semble tout à fait normal. Cette constatation faite par Chantemesse et Widal est d'un grand intérêt : elle permet de s'expliquer les accidents cérébraux si graves qui se manifestent parfois à une période même peu avancée de la fièvre typhoïde, sans aucun symptôme prémonitoire.

Dans les poumons, la présence du bacille typhique est loin d'être constante et beaucoup d'auteurs l'ont cherché inutilement. Artaud en France, Fränkel et Simmonds en Allemagne l'ont trouvé tantôt dans le tissu interstitiel, tantôt dans les alvéoles eux-mêmes. Chantemesse et

Widal l'ont vu également chez plusieurs sujets qui avaient succombé avec de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie typhoïde.

Un fait remarquable est l'extrême rareté du microbe d'Eberth *dans le sang*. Sauf quelques observateurs comme Meisels et Neuhaus, la plupart l'ont cherché inutilement; ni les préparations colorées ni les cultures n'ont donné de résultat. Il est cependant certain que, pour arriver à divers organes, à la rate par exemple et aux reins, le bacille doit nécessairement traverser le torrent circulatoire. Il est probable que le sang en mouvement est pour lui un terrain peu favorable et qu'il commence seulement à proliférer lorsqu'il s'est arrêté dans un parenchyme.

Chez une femme enceinte de 6 mois, ayant succombé au douzième jour de sa maladie, Chantemesse et Widal ont trouvé de nombreuses colonies bacillaires dans le placenta. De même, chez un fœtus de quatre mois, Neuhaus a pu constater la présence du bacille dans le poumon, dans la rate et dans les reins. Cependant la rate n'était pas hypertrophiée et l'intestin ne présentait ni ulcération, ni gonflement des plaques de Peyer. Reher a fait des constatations identiques. Chez un sujet atteint de laryngo-typhus, Eppinger et Klebs ont cru voir le bacille typhique dans la muqueuse du larynx et jusque dans l'épaisseur des cartilages aryténoïdes, mais il n'est pas certain qu'ils aient eu affaire au microbe d'Eberth. Cornil, qui a examiné à ce point de vue plusieurs larynx typhiques, n'y a jamais trouvé que des organismes vulgaires venus probablement de la bouche.

Disons à ce propos qu'on se tromperait gravement en attribuant au bacille typhique toutes les lésions ulcéreuses, suppuratives ou nécrosiques qui peuvent se rencontrer dans la fièvre typhoïde : beaucoup de ces lésions sont dues à des infections secondaires non spécifiques. Il est facile de concevoir que les plaques de Peyer, en s'ulcérant, ouvrent la porte à toutes sortes d'autres microbes qui se trouvent normalement ou accidentellement dans l'intestin, et qui, introduits dans un organisme déjà débilité, s'y manifestent par les effets qui leur sont propres. Dans les abcès, dans les phlegmons symptomatiques de la dothiénentérie, on trouve constamment les microbes de la suppuration, le *staphylococcus aureus* ou le *streptococcus pyogenes* de Rosenbach, (Fränkel et Simmonds, Senger, Chantemesse et Widal). Brieger et Ehrlich ont observé le développement de l'œdème malin et constaté le long bacille caractéristique de cette affection, chez deux typhoïdiques auxquels on avait pratiqué des injections sous-cutanées de musc. Dans un cas d'érysipèle, survenu à la troisième semaine de la maladie, Seitz a constaté le microcoque en chaînette de Fehleisen et celui-ci se retrouvait dans les capillaires viscéraux, concurremment avec le bacille typhique. D'autres micro-organismes, le pneumocoque par exemple, ont été aussi rencontrés accidentellement chez des typhiques. Nul doute que des recherches ultérieures n'élargissent encore le domaine des infections secondaires.

La découverte du bacille typhique sur le cadavre a donné tout naturellement l'idée de le rechercher sur le malade vivant. Les premières tentatives n'ont pas été heureuses : guidés par des vues théoriques, Gaffky, Fränkel et Simmonds, Pfühl, Merkel s'efforçaient de découvrir le bacille spécifique dans le sang des malades. Aucun d'eux ne put y réussir; seul

Neuhaus, plus habile ou plus heureux, parvint, en inoculant dans la gélatine le sang extrait des taches rosées lenticulaires, à reproduire des colonies caractéristiques. Chantemesse et Widal ont tenté en vain la même expérience. Rütimeyer, sur 16 tentatives, n'a eu qu'un seul résultat positif.

On a obtenu un meilleur succès en s'adressant à la pulpe splénique. Le premier, Hein osa ponctionner la rate chez le malade vivant; sur des préparations sèches faites avec le sang ainsi obtenu, et colorées au violet de méthyle, il put reconnaître le bacille d'Eberth. Peu de temps après, Philipowicz eut recours à la méthode toujours plus certaine des cultures, et, ensemençant sur la gélatine la gouttelette de sang retirée de la rate avec la seringue de Pravaz, il obtint dans quatre cas de magnifiques cultures. Lucatello, en Italie, réussit de même, dans dix cas sur treize, à obtenir des cultures pures avec la pulpe de la rate. Chantemesse et Widal, les premiers en France, ont suivi cet exemple avec un même succès; ils pratiquent la ponction de la rate avec un long trocart capillaire, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques énumérées dans la première partie de ce travail; au bout de trois ou quatre jours, les tubes de gélatine ensemencés avec la pulpe ainsi extraite commencent à montrer des colonies parfaitement pures, qui évoluent dans la forme ordinaire. Seules les inoculations empruntées à des malades convalescents, ou traités par le sulfate de quinine à haute dose, demeurent toujours stériles.

La ponction capillaire de la rate, suivie d'ensemencement du sang extrait sur la gélatine, est assurément la meilleure méthode de démonstration du bacille typhique chez le vivant. Elle est tellement inoffensive et elle donne des résultats si précis, que plusieurs auteurs n'ont pas hésité à la préconiser comme moyen d'établir le diagnostic dans les cas douteux.

La présence du bacille typhique dans les matières fécales était depuis longtemps soupçonnée par l'hygiène qui démontre que les déjections des malades sont l'agent ordinaire de propagation de la dothiénentérie. Mais la preuve directe s'est longtemps fait attendre : Gaffky, Pfühl, Eisenberg, Seitz, ont tenté vainement de découvrir le bacille typhique dans les selles. C'est seulement en 1885 que Pfeiffer, en employant des déjections très récentes, a pu isoler plusieurs fois le bacille sur ses plaques de culture. Fränkel et Simmonds, Merkel, ont suivi son exemple; enfin Seitz lui-même, après une année de recherches infructueuses, trouva 8 fois sur 24 malades les micro-organismes caractéristiques. Il opérait sur des malades d'hôpital, soumis depuis longtemps à une diète presque absolue et dont l'intestin par conséquent était presque débarrassé des micro-organismes qu'il renferme normalement en si grand nombre. En dehors de ce cas particulier, les plaques ensemencées avec les matières fécales des typhiques renferment toujours des bactéries banales qui liquéfient la gélatine, et détruisent par conséquent la surface de culture avant l'éclosion du bacille spécifique. — Pour obvier à cet inconvénient, Chantemesse et Widal ajoutent à chacune de leurs cultures cinq gouttes d'acide phénique au vingtième ; cette substance, qui est à peu près sans action sur le bacille d'Eberth, paralyse le développement de la plupart des autres germes et permet ainsi de conserver la plaque assez longtemps pour y distinguer les colonies spéciales que nous avons décrites plus haut.

Les recherches faites par ce dernier procédé ont permis de reconnaître que les selles des typhiques peuvent contenir le bacille non seulement pendant la période d'état, mais encore pendant plus de quinze jours après la chute de la fièvre. Ce fait expliquerait, selon Reher, la fréquence des rechutes, qui seraient dues non à une infection nouvelle, mais à une véritable auto-intoxication, par suite de l'effraction d'une ulcération intestinale encore mal guérie, sous l'influence d'un écart de régime.

Quoi qu'il en soit de cette théorie assez plausible, Chantemesse et Widal ont pu conserver une selle typhique durant quinze jours dans un tube stérilisé, sans qu'elle perdît sa virulence. Cette constatation très importante est d'accord, comme nous le verrons plus loin, avec les enseignements tirés de l'observation des épidémies.

On a aussi trouvé le bacille d'Eberth dans les urines des typhiques; ce fait a même été signalé par Bouchard dès l'année 1879, à une époque où on ne savait rien de précis sur la nature parasitaire de la fièvre typhoïde. L'éminent clinicien avait montré que la présence des bactéries dans l'urine était constamment accompagnée de l'excrétion d'albumine rétractile; symptômes qu'il attribuait à l'existence d'une néphrite infectieuse. Ces recherches ont été reprises récemment par Seitz, qui a pu, dans 2 cas sur 7, obtenir par l'ensemencement des urines fraîches des cultures pures du bacille typhique. Chez ces deux malades, conformément aux observations de Bouchard, il existait une albuminurie notable. — Ces faits, d'accord avec d'autres expériences, démontrent que le rein normal n'élimine pas les microbes, et qu'il faut des lésions du filtre rénal pour permettre l'apparition des bactéries dans l'urine.

On a cherché aussi le bacille typhique dans divers autres produits d'excrétion, tels que le lait, la sueur (sudamina), les sécrétions bronchiques. Jusqu'à présent, on n'a rien trouvé, mais ces résultats ne sont pas définitifs; la présence fréquente et bien avérée du microbe spécifique dans les poumons permet de supposer qu'on le trouvera dans les crachats, tout au moins chez les malades qui présentent la forme pneumonique de la dothiénentérie.

Inoculations aux animaux. — La preuve de la spécificité du bacille d'Eberth est déjà sérieusement établie par tout ce qui précède; elle l'est encore mieux par les observations récentes sur l'étiologie des épidémies de fièvre typhoïde, dont nous parlerons plus loin. L'inoculation aux animaux, si elle était suivie de succès, n'en aurait pas moins une grande valeur comme preuve complémentaire. Elle a été tentée fréquemment avec des résultats divers, qu'on s'explique aisément si on réfléchit que la fièvre typhoïde est une maladie propre à l'espèce humaine et qu'elle ne se manifeste jamais spontanément chez aucun animal. Pour la faire contracter à ces derniers, il est nécessaire, selon l'expression de Chantemesse et Widal, « de violer brutalement la résistance organique par l'introduction de fortes doses de virus et par l'inoculation de germes typhiques débarrassés de tout excipient ». Aussi les expériences faites avant l'isolement du bacille d'Eberth n'ont-elles donné aucun résultat positif.

Gaffky le premier fit des tentatives avec des cultures pures. Il s'adressa successivement au singe, au lapin, au cobaye, à la souris, etc.; il essaya de l'ingestion, de l'inoculation intra-veineuse, intra-péri-

tonéale, dans la chambre antérieure de l'œil. Il ne réussit à rien produire qui ressemblât à la fièvre typhoïde.

E. Fränkel et Simmonds, au contraire, opérant sur le lapin, le cobaye et la souris par injection sanguine ou intra-péritonéale de bacilles typhiques en suspension dans l'eau, obtinrent des lésions qu'ils jugèrent tout à fait typiques ; gonflement des plaques de Peyer, augmentation de volume et coloration foncée de la rate et des ganglions mésentériques, tuméfaction du foie et des reins. A. Fränkel introduisit le bacille typhique directement dans le duodénum de 14 cobayes et obtint 7 fois un résultat positif. Les animaux succombaient du troisième au septième jour avec de l'hypertrophie de la rate, une tuméfaction marquée des plaques de Peyer (dans un cas il y avait ulcération), enfin une augmentation de volume des ganglions mésentériques, qui apparaissaient parsemés de taches hémorragiques. Les bacilles se trouvaient dans la rate et dans les plaques de Peyer ; ils faisaient défaut dans le sang. — Ces résultats ont été confirmés par Iwan Michaël, par Fodor, par Seitz.

Mais récemment Sirotinin d'un côté, Beumer et Peiper de l'autre, sont venus déclarer que les symptômes et les lésions déterminés chez les animaux par l'inoculation du bacille d'Eberth n'avaient rien de spécifique et n'indiquaient nullement la reproduction d'une véritable fièvre typhoïde chez les sujets en expérience. D'après Sirotinin, les bacilles typhiques ne se multiplient pas chez l'animal vivant ; pour tuer celui-ci, il faut inoculer une quantité énorme de germes et alors ceux-ci agissent non par leur virulence, mais par la toxicité de leurs produits, par la ptomaïne (typhotoxine de Brieger) contenue dans le milieu de culture : en effet, une culture privée de bacilles vivants, soit par stérilisation, soit par filtration, produirait selon ses expériences les mêmes phénomènes qu'une culture vivante. Beumer et Peiper, d'autre part, ont injecté à des lapins, à des souris et à des cobayes, des cultures de divers microbes non pathogènes, tels que le *micrococcus prodigiosus*, les bacilles verdâtres de l'eau, le *bacillus subtilis*, etc.; et à dose égale ils ont obtenu à peu près les mêmes phénomènes qu'avec le bacille typhique; ils en ont conclu que la fièvre typhoïde n'était pas transmissible aux animaux.

Baumgarten et Wolffowicz sont allés encore plus loin : non seulement ils déclarent que le bacille typhique ne prolifère pas chez les animaux, non seulement ils lui refusent toute influence pathogène, mais ils prétendent encore que les cultures ne renferment aucun principe toxique, si bien qu'on pourrait en inoculer des doses considérables dans le péritoine des cobayes sans produire aucun trouble sérieux.

Chantemesse et Widal ont fait à leur tour des recherches sur le même sujet et leurs résultats sont loin d'être aussi négatifs. Sur 30 souris blanches injectées dans le péritoine avec 1 centimètre cube de bouillon de culture ensemencé depuis 3 jours et conservé à 30 degrés, 28 sont mortes après 24 à 60 heures, 2 seulement ont résisté. Le foie et la rate ont donné des cultures de bacille typhique dans tous les cas; dix-huit fois on en a trouvé dans les poumons, deux fois dans la pulpe cérébrale et même dans le testicule. 12 autres souris blanches ont été inoculées dans le tissu cellulaire de la base de la queue; 10 sont mortes entre le cinquième et le dix-septième jour, et sur ce nombre 7 ont pré-

senté des cultures pures du bacille typhique dans le foie, dans la rate, parfois même dans la substance cérébrale et dans la moelle des os. Sur 12 cobayes inoculés dans le péritoine, 5 sont morts (dont 2 après 2 jours, 1 après 4 jours, 2 après 10 jours); tous présentaient de la tuméfaction de la rate et des ganglions mésentériques, mais aucune lésion des plaques de Peyer; dans le foie, la rate, les reins, le poumon, les bacilles typhiques se rencontraient en foule, mais *non dans le sang*. Un sixième cobaye, une femelle pleine, avorta au bout de 48 heures de 2 fœtus, et guérit; le foie et la rate des deux fœtus contenaient des bacilles typhoïdiques, fait confirmatif des observations cliniques citées plus haut. Une dernière série d'expériences a porté sur 12 lapins, dont 4 ont été inoculés dans le péritoine avec 2 à 4 centimètres cubes de culture typhique semblable à la précédente, les 8 autres dans la veine de l'oreille avec la même dose. Parmi les 4 premiers, 2 sont restés sains, les autres ont été pris de diarrhée avec amaigrissement durant deux semaines et se sont rétablis ensuite. Sur les 8 autres lapins, 3 n'ont pas été malades, 5 ont été pris de diarrhée, 2 à 4 jours après l'inoculation, avec température élevée et amaigrissement rapide. Un de ceux-ci ayant été sacrifié au quatorzième jour, on a trouvé l'intestin grêle couvert de plaques de Peyer extrêmement tuméfiées et dont l'une présentait même une petite ulcération. Les ganglions mésentériques étaient aussi très hypertrophiés, le foie rouge, la rate pourtant peu augmentée de volume. L'examen bactériologique a montré le bacille d'Eberth dans les plaques de Peyer, dans les ganglions, dans le foie, dans la rate et aussi dans les matières fécales.

Chantemesse et Widal admettent que, dans ce cas unique jusqu'à présent, il y a bien eu transmission de la fièvre typhoïde au lapin. Pour répondre aux objections de Sirotinin, de Beumer et Peiper, ils ont institué quelques expériences avec des cultures modifiées. Sur 10 souris inoculées dans le péritoine avec 1 centimètre cube d'une culture stérilisée par l'ébullition, deux seulement sont mortes, c'est-à-dire une proportion quatre fois moins forte qu'avec la culture vivante. Sur cinq autres souris inoculées avec une culture chauffée à 60° seulement pendant une demi-heure, 3 sont restées bien portantes, quoique l'ensemencement sur la gélatine eût donné quelques colonies. Enfin, sur 8 souris inoculées avec une culture développée pendant 5 jours entre 42° et 45°, une seule est morte; ici encore les bacilles étaient vivants dans le bouillon et se sont développés normalement sur pomme de terre.

De tout ce qui précède, nos auteurs croient pouvoir conclure que l'inoculation du bacille typhique détermine chez les animaux, sinon la fièvre typhoïde proprement dite, du moins une septicémie spéciale, due à l'invasion du microbe et à sa multiplication dans l'organisme. Cette multiplication se fait moins vite après l'inoculation sous-cutanée qu'après l'inoculation péritonéale ou veineuse; aussi la mort est-elle plus tardive et les bacilles trouvés à l'autopsie sont alors moins nombreux, mais dans tous ces différents cas on les trouve vivants et inoculables, au sein des divers organes. Quant aux cultures vraiment stérilisées, elles ne tuent les animaux que très rarement. Il n'est donc pas vrai que le microbe typhique soit détruit dans l'organisme, comme le veut Sirotinin, ni que la mort soit due à l'action des ptomaïnes contenues dans les cultures inocu-

lées. Les phénomènes observés sont bien dus à l'influence pathogène du bacille d'Eberth, et s'il est nécessaire pour réussir d'inoculer une forte dose, c'est là un fait qui n'a pas lieu de surprendre et qui d'ailleurs se rencontre très fréquemment en bactériologie.

Propagation du bacille typhique dans les milieux extérieurs. — Depuis que Budd et Murchison ont appelé l'attention sur la transmissibilité de la fièvre typhoïde, et sur le développement des épidémies en raison de la contamination du sol, de l'air et de l'eau par les matières fécales ou les foyers de putréfaction, de nombreuses observations, recueillies sur une foule de points différents, sont venues jeter un certain jour sur les conditions ordinaires dans lesquelles se propage cette redoutable maladie. On peut dire ici encore que la preuve clinique a précédé la preuve expérimentale. Cependant la constatation du bacille d'Eberth dans l'eau potable, dans le sol ou dans l'air présente une importance décisive, et c'est seulement depuis peu de temps que les recherches bactériologiques ont donné des résultats assez nombreux et assez précis pour permettre de reconnaître sans hésitation les sources et les voies de propagation du contage typhoïdique.

L'école anglaise, très avancée comme on sait en hygiène publique, a professé depuis plus de vingt ans que, dans la grande majorité des cas, la fièvre typhoïde était propagée par le moyen de l'eau potable. Des faits nombreux, dont quelques-uns avaient la netteté de véritables expériences, ont confirmé cette théorie. C'est ainsi qu'au mois de septembre 1882 une épidémie de fièvre typhoïde, observée par Dionis des Carrières, ravagea la ville d'Auxerre : la maladie atteignit exclusivement les quartiers, les établissements privés ou publics desservis par l'eau d'une source amenée d'une distance de quatre lieues en conduite étanche; or, l'enquête établit que cette source était polluée au point de captage par les infiltrations d'une cour de ferme, dont le fumier avait reçu durant le mois précédent les déjections d'une typhoïdique. — Une épidémie non moins grave, qui éclata au mois de mars 1884 sur la ville de Zurich, se limita à certains quartiers et à divers villages de la banlieue sans aucun lien entre eux, si ce n'est qu'ils recevaient la même eau potable; plusieurs groupes de maisons situés dans des quartiers très éprouvés, mais buvant de l'eau d'une autre provenance, n'eurent aucun cas de maladie; une école normale placée dans les mêmes conditions jouissait aussi d'une immunité complète quand les élèves, venus en ville pour un examen, vinrent à boire pendant deux jours de l'eau des abonnés; quinze jours après, 18 d'entre eux (plus du tiers) étaient pris de fièvre typhoïde. Or, on constata que la prise d'eau placée dans le lac de Zurich, à l'endroit où la Limmat en sort, aspirait de l'eau de cette dernière rivière, polluée par les déjections typhoïdiques qu'on y avait jetées de plusieurs maisons riveraines. — Au mois de mars 1885, une épidémie se déclara dans la ville de Plymouth en Pensylvanie; en moins de six semaines, il y eut 1,200 cas et plus de 100 décès sur un total de 8,000 âmes. Une partie des habitants puisaient leur eau potable dans la rivière Susquehannah, tandis que les autres, plus favorisés en apparence, recevaient la leur d'une source de la montagne. La fièvre typhoïde ne sévit que parmi ces derniers (Taylor et Shakespeare). Or, on sut que dans une maison située au voisinage de la source il y avait eu, un mois auparavant, un cas de fièvre typhoïde. La garde qui soignait le malade avait

jeté ses déjections sur le sol gelé. Au dégel, les matières délayées par les premières pluies avaient contaminé la source, et peu après l'épidémie éclatait.

Il serait facile de multiplier ces exemples, qui autrefois passaient inaperçus, mais qui sont recueillis avec soin, maintenant que l'attention des médecins est attirée sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde. Les épidémies de village ou de maison, dues à la contamination d'un puits ou d'une mare, se rencontrent presque à chaque page des recueils médicaux. Nous n'en citerons qu'une seule, qui a eu dans notre pays un douloureux retentissement, mais qui en même temps a eu pour effet de provoquer une enquête féconde en résultats utiles.

Au mois d'août 1886, sur 24 personnes venues en villégiature dans trois maisons contiguës du village de Pierrefonds, 20 furent prises presque simultanément de la fièvre typhoïde et 4 d'entre elles succombèrent. Le professeur Brouardel, chargé de rechercher les causes de cette épidémie foudroyante, n'eut pas de peine à constater que les puits d'alimentation des maisons frappées recevaient des infiltrations des fosses d'aisances. Or, il y avait eu, les années précédentes, plusieurs cas de fièvre typhoïde dans le voisinage, et un mois avant le début de l'épidémie, un malade, arrivé de Paris convalescent d'une dothiénentérie, avait habité une des maisons et avait eu une rechute pendant son séjour. Ces constatations étaient déjà assez significatives, mais on ne s'en tint pas là : le professeur Brouardel fit examiner à plusieurs reprises, par Chantemesse, des échantillons d'eau puisés dans les puits suspects. Cette eau ensemencée sur gélatine phéniquée donna de nombreuses colonies offrant tous les caractères du bacille d'Eberth et Gaffky. La présence du contage typhoïdique dans les eaux potables était donc péremptoirement établie. Il a même été possible d'évaluer approximativement le nombre des germes typhiques contenus dans l'eau des puits infectés : au 31 octobre, six semaines après le début de l'épidémie, ce nombre était de 25,000 environ par litre; quinze jours plus tard ils avaient beaucoup diminué et le 21 novembre l'eau n'en contenait plus aucun. Ajoutons que dans aucun autre puits de Pierrefonds on n'a pu découvrir ces micro-organismes.

Presque, en même temps, Chantemesse et Widal, à la suite d'une petite épidémie de maison observée à Ménilmontant par Dreyfus-Brisac, soumettaient à l'examen bactériologique l'eau de la borne-fontaine de cette maison et y découvraient encore le bacille typhique avec tous ses caractères. Enfin l'un des mêmes auteurs (Chantemesse) a pu faire des constatations identiques dans l'eau du réservoir d'une maison de Clermont-Ferrand, pendant la dernière épidémie qui a sévi sur cette ville.

Ajoutons que des recherches entreprises simultanément en Allemagne par deux observateurs différents, Iwan Michael et Moers, ont abouti également à la découverte du microbe d'Eberth dans l'eau de boisson. Nous ne reviendrons pas sur les caractères qui permettent de reconnaître le bacille typhique ensemencé sur plaque de gélatine : ces caractères, très bien indiqués par Chantemesse et Widal, ont été décrits en détail plus haut. Leur netteté rend la détermination du bacille d'Eberth assez facile pour un observateur attentif; c'est grâce à eux que Thoinot a pu récemment démontrer la présence des germes typhoïdiques dans l'eau de Seine distribuée à Paris. Rappelons toutefois que l'apparence extérieure

des colonies, très utile pour diriger les recherches, ne suffit pas au diagnostic : certains autres micro-organismes, tels que le *bacillus subtilis*, et surtout le *bacterium coli commune* ou microbe commun des matières fécales (Escherich) donnent des colonies très analogues. Pour avoir le droit de déclarer qu'on a affaire au bacille typhique, il faut avoir vérifié tous ses autres caractères, notamment sa mobilité spéciale, et ses cultures typiques sur pomme de terre.

Il est intéressant de rechercher combien de temps le microbe typhique introduit dans l'eau y conserve sa virulence. Quelques hygiénistes affirment que l'eau pure est un terrain peu favorable à la conservation des bactéries pathogènes (Arnould); mais tous les faits démontrent que cette opinion est erronée. Chantemesse, ayant ensemencé le bacille typhique dans de l'eau de l'Ourcq stérilisée, a obtenu des cultures plus belles que dans le bouillon peptonisé; au bout de trois mois, ces cultures conservaient encore toute leur activité. D'autres observateurs, notamment Meade Bolton, Wolffhugel et Riedel, Frankland ont vu diverses bactéries, et entre autres celles de la fièvre typhoïde, se développer à merveille dans les eaux de toute provenance et s'y multiplier d'une manière évidente. On comprend d'après cela que l'eau d'un puits, par exemple, quand elle a été contaminée par des déjections typhoïdiques, puisse conserver très longtemps ses propriétés infectieuses, et même les accroître par une véritable culture. Aussi Klebs, dans son récent traité de pathologie générale, a-t-il rangé la fièvre typhoïde parmi les processus bacillaires exogènes, c'est-à-dire ayant leur origine en dehors de l'organisme animal.

Les conditions de vie et de persistance du bacille typhique dans les eaux doivent nécessairement varier selon qu'il s'agit d'eaux immobiles ou d'eaux courantes : celles-ci, grâce à leur débit constant, peuvent se nettoyer assez vite, tandis que les puits, les citernes, dont l'eau n'est jamais que partiellement renouvelée, doivent conserver presque indéfiniment le principe infectieux. L'expérience citée par Chantemesse et Widal est démonstrative à cet égard : un grand flacon d'eau stérilisée, garni au fond d'un peu de sable, est ensemencé avec le bacille typhique, qui prolifère rapidement. Au bout de deux mois, l'eau ne semble plus contenir d'organismes spécifiques. Mais si alors on décante avec précaution et si on jette de l'eau ordinaire sur le sable, dès le lendemain cette eau nouvelle est chargée de bacilles typhiques. C'est pour cette raison sans doute que les épidémies de fièvre typhoïde surviennent fréquemment à la suite du curage d'un réservoir, d'une citerne ou d'un canal.

Si l'eau est le véhicule le plus ordinaire du bacille typhique, il ne s'ensuit pas qu'elle constitue son habitat exclusif. Des observations dignes de foi montrent que le germe en question peut séjourner dans le sol et s'y conserver plus longtemps peut-être que dans l'eau. Pettenkofer, s'appuyant sur les variations des épidémies dont l'aggravation semble fréquemment coïncider avec un abaissement brusque de la nappe des eaux souterraines, n'a pas manqué d'appliquer à la fièvre typhoïde sa célèbre théorie : les germes typhiques contenus dans le sous-sol se développeraient quand ils sont plongés dans un milieu humide et remonteraient alors à la surface du sol, d'où la recrudescence des épidémies, quand un abaissement brusque de la nappe souterraine laisse à

découvert une couche de terrain détrempé. Mais les objections ne manquent pas à cette hypothèse. Tout d'abord, Koch a observé que les germes vivants, quels qu'ils soient, se rencontrent pour ainsi dire exclusivement dans les couches les plus superficielles du sol, dans l'humus labouré; à un mètre de profondeur, on n'en trouve presque plus. D'autre part, sous quelle influence les germes développés dans le sous-sol humide remonteraient-ils à la surface? Les courants d'air, qu'on a admis pour les besoins de la cause, sont purement hypothétiques, sauf dans des conditions exceptionnelles. La théorie de Pettenkofer est donc peu vraisemblable; quant au parallélisme (d'ailleurs très relatif) entre les variations des épidémies et les oscillations de la nappe souterraine, il s'explique aisément si on réfléchit que l'abaissement de cette nappe coïncide avec une diminution du débit des sources, avec une rareté plus grande de l'eau dans les puits, et par conséquent une concentration des germes pathogènes en suspension dans cette eau, tandis que l'accroissement de la nappe souterraine a des effets tout opposés.

Ce n'est donc pas le sous-sol qu'il faut incriminer, mais bien la surface, où le contage typhoïdique a tant d'occasions de se répandre et tant de moyens de se propager. Quand les matières fécales qui le renferment sont projetées sur la terre, comme il arrive journellement dans les campagnes, le micro-organisme exposé au soleil doit rencontrer facilement les conditions de température favorables à la formation des spores; celles-ci d'ailleurs existent déjà en grand nombre dans les déjections fraîches. Desséchés sous cette forme, les germes morbides peuvent se conserver presque indéfiniment. Pendant des mois, des années même, ils sommeillent sans que rien fasse soupçonner leur présence. Mais viennent-ils à se trouver replacés dans le milieu humide qui leur convient, ils germent aussitôt et se développent comme sur un terrain de culture artificiel. C'est ce qui arrive parfois à la suite des pluies abondantes et du débordement des cours d'eau; ces derniers sont alors infectés secondairement et on connaît plusieurs exemples d'épidémies développées de cette manière, en contradiction avec la loi de Pettenkofer.

Plus facile encore est la conservation et même la multiplication du bacille typhique dans les fosses d'aisances, et surtout dans les tas de fumier qui sont l'excipient ordinaire des excréments humains dans les fermes. Ces masses de matières organiques, où règnent une chaleur et une humidité constantes, forment un terrain merveilleusement adapté à la culture des germes morbides, dont le développement et la sporification s'effectuent sans aucune entrave et sur une échelle probablement considérable. On conçoit aisément que les vapeurs qui s'échappent des fumiers quand on les retourne, les gaz dégagés par les fosses au moment de leur ouverture, puissent entraîner des spores et même des bacilles adultes qui, introduits dans l'organisme humain par inhalation, déterminent l'éclosion de la maladie. Ce sont les faits de ce genre qui avaient frappé Murchison, et qui ont servi de point de départ à la célèbre théorie typhogénique, attribuant aux matières organiques en putréfaction le rôle principal dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Quand les spores typhiques sont déposées sur un terrain à l'abri de l'humidité, par exemple sur le sol battu d'une chaumière ou dans les

fentes d'un plancher, les conditions ne sont plus les mêmes. Elles ne prolifèrent pas, elles restent mélangées aux poussières ambiantes, mais il suffit d'un simple balayage pour les projeter dans l'atmosphère où leur extrême légèreté les tient suspendues à portée des voies respiratoires des habitants. Ainsi s'expliquent ces endémies de maison dans lesquelles on voit les hôtes successifs d'une même chambre être infectés à tour de rôle, après qu'un premier typhique soigné dans cette chambre y a déposé le germe morbide. Alison, Butter et beaucoup d'autres auteurs ont cité des faits semblables.

Comme on le voit par les exemples qui précèdent, l'atmosphère, si elle ne sert pas d'habitat ordinaire au germe typhique, peut cependant lui servir de véhicule. Dans les cas de ce genre, c'est par inhalation que le contage pénètre l'organisme; peu importe s'il s'arrête au niveau des parois pharyngiennes pour être dégluti ensuite avec la salive, ou bien s'il est entraîné jusque dans l'arbre bronchique et absorbé par la muqueuse respiratoire ; l'essentiel est que l'infection par l'air ne peut être niée. On ignore dans quelle proportion elle rivalise avec l'infection par l'eau, mais il est probable qu'elle est beaucoup moins fréquente. La plupart des grandes épidémies ont leur origine dans la contamination de l'eau potable ; au contraire, c'est par la voie de l'air que se produisent, selon toute vraisemblance, les cas sporadiques, les endémies de maison dont nous parlions tout à l'heure, les cas peu fréquents mais incontestables de fièvre typhoïde causée par les gaz d'égout (Klebs). C'est par la même voie que la maladie se propage dans ce qu'on appelle improprement les cas de contagion directe. On les observe quelquefois dans les salles d'hôpital où les typhiques sont mélangés aux autres malades, mais plus souvent parmi les infirmiers, les gardes-malades, les parents qui ont donné des soins à un de leurs proches, et en général chez les personnes qui ont vécu en contact habituel avec des typhiques, ont manié les vases renfermant les déjections, et secoué les draps des malades, leurs linges souvent souillés de matières qui se dessèchent à la chaleur du corps.

En songeant avec quelle facilité les spores desséchées se répandent dans l'atmosphère, on serait tenté de s'étonner que ce mode d'infection ne soit pas plus fréquent, si on perdait de vue la part importante qui appartient à la prédisposition individuelle dans la propagation des maladies microbiennes.

Prophylaxie et thérapeutique. — L'étude aujourd'hui très avancée du bacille typhique a permis d'établir avec une grande précision les règles à suivre pour combattre efficacement la propagation de la fièvre typhoïde.

On connaît maintenant la nature de ce mystérieux germe-contage, ses conditions de vie et de développement, les milieux qu'il habite de préférence, les voies par lesquelles il pénètre dans l'organisme, les ravages qu'il y fait et les résistances qu'il y rencontre. On sait que le germe morbide, issu des matières fécales du typhoïdique, peut vivre et se multiplier dans l'eau ou dans le sol, ou se répandre sous forme de spores desséchées dans l'atmosphère ; que tantôt par ingestion, tantôt par inhalation il parvient dans le tube digestif ; que là si l'individu est en état de réceptivité, il est absorbé par les organes lymphoïdes (plaques de

Peyer) pour envahir bientôt la circulation lymphatique, puis le torrent sanguin lui-même ; que, déposé dans les organes parenchymateux comme la rate, le foie, le poumon, il y prolifère avec une activité plus ou moins grande en provoquant autour de lui des lésions variables, selon la résistance des éléments anatomiques ; enfin que, son évolution achevée, il meurt sur le terrain organique devenu pour lui stérile, et disparaît sur place, non sans avoir auparavant répandu, par la voie des déjections du malade, une semence abondante qui assurera sa reproduction. A chacune des étapes de ce cycle évolutif correspond un ensemble de mesures prophylactiques ou thérapeutiques.

La première préoccupation de l'hygiéniste doit être d'assurer la désinfection absolue des matières fécales. C'est là un résultat plus difficile à obtenir qu'on ne pourrait croire. Seitz, dans une série d'expériences sur la stérilisation des selles typhiques, a vu que leur virulence résistait à la plupart des antiseptiques usuels : des solutions à 5 0/0 de sulfate de cuivre, de chlorure de chaux, de sulfate de fer, d'acide sulfurique, mélangées en quantité égale aux déjections, n'ont pas empêché le développement des cultures sur plaques ensemencées avec ces matières. L'acide phénique, si généralement employé, est encore plus insuffisant : Chantemesse et Widal ont montré qu'une proportion de 1 pour 600 d'acide phénique pur n'empêchait nullement la croissance des cultures sur gélatine. D'après ces derniers auteurs, l'acide sulfurique à 7 0/0, le chlorure de chaux à 10 0/0, le sublimé à 1/2000 sont des désinfectants convenables. On devra donc ajouter aux déjections fraîches une quantité égale de l'une de ces substances. En même temps, on évitera scrupuleusement toute pollution des meubles et de la chambre et on passera les linges souillés à l'étuve, ou tout au moins à l'eau bouillante.

En cas d'épidémie paraissant due à la pollution des eaux potables, on fera bouillir l'eau de boisson. Dans les villes où la fièvre typhoïde règne constamment, on s'efforcera de remplacer l'eau de rivière par des eaux de source captées dans des conditions de pureté absolue. La statistique des dernières épidémies de fièvre typhoïde à Paris a montré une augmentation énorme de la morbidité à la suite des distributions d'eau de Seine ou d'eau d'Ourcq faites pendant les mois d'été, quand l'approvisionnement en eau de source était devenu insuffisant. L'intervalle entre le début de la consommation d'eau impure et celui de la recrudescence épidémique était chaque fois d'environ quinze jours, représentant la période d'incubation. — Une autre statistique, publiée par Régnier dans les *Archives de médecine militaire*, donne le tableau des cas de fièvre typhoïde dans les diverses casernes de sapeurs-pompiers ; elle permet de constater la variation énorme du nombre des cas selon l'eau consommée dans chacun de ces établissements : dans une belle caserne neuve où on buvait de l'eau de Marne non filtrée la morbidité s'est élevée à 17 0/0 de l'effectif ; dans une vieille caserne où on buvait de l'eau de la Vanne, elle n'a pas dépassé 0,7 0/0.

Ces chiffres, qu'on trouvera reproduits en détail dans le mémoire de Chantemesse et Widal, prouvent bien que l'infection par l'eau de boisson est la source presque exclusive des grandes épidémies.

Ils imposent aux pouvoirs publics le devoir rigoureux de fournir en tout temps aux habitants des villes de l'eau potable à l'abri de toute

souillure. Les soldats, si prédisposés à la fièvre typhoïde, devraient être les mieux traités sous ce rapport.

En même temps qu'on tâche par tous les moyens d'empêcher la diffusion des germes typhiques, il faut écarter autant que possible du foyer de l'épidémie tous ceux qui, en vertu d'une réceptivité spéciale, sont désignés d'avance aux coups du fléau. Ainsi les jeunes gens des deux sexes, surtout quand ils ne sont pas acclimatés, les élèves des lycées et des pensionnats, les recrues, les jeunes domestiques, sont tout particulièrement exposés, comme le prouve une expérience cent fois renouvelée. On les tiendra à l'écart des centres d'épidémie et surtout on évitera soigneusement de les mettre en contact avec des typhiques.

Si dans ces conditions un sujet vient à manifester la céphalalgie gravative, la lassitude générale, l'inappétence et les troubles digestifs qui sont d'ordinaire les premiers symptômes de l'infection typhoïdique, faut-il s'empresser, comme on le fait souvent, d'administrer au malade des vomitifs et des purgatifs? Nous ne le croyons pas, car le premier effet de ce traitement est de congestionner l'intestin, d'exagérer la destruction épithéliale, et de fournir par conséquent les meilleures conditions à la pénétration du bacille typhique et à sa multiplication dans le tissu adénoïde intestinal. — Au lieu de cette thérapeutique brutale, il est bien plus rationnel de mettre l'individu suspect à un régime sévère et de lui administrer du sulfate de quinine à haute dose. Selon la théorie du professeur Bouchard, c'est en raison de son action anti-parasitaire que le sulfate de quinine abaisse la température chez les typhiques. Les expériences de Chantemesse et Widal ont en effet montré qu'il était un des plus puissants parasiticides vis-à-vis du bacille typhique; à la dose de 1 pour 800, il empêche complètement le développement des cultures, et d'autre part la clinique fait voir tous les jours que dans la fièvre typhoïde, aussi bien dans ses formes graves que dans ses formes bénignes, c'est le sulfate de quinine à dose massive qui donne les résultats les plus constants. La pratique et la théorie sont donc d'accord pour en recommander l'emploi dès le début de l'infection.

§ II. *Le bacille-virgule du choléra.*

Si l'honneur de la découverte du bacille typhique reste indivis entre plusieurs savants, il n'en est pas de même pour le micro-organisme qui va nous occuper. C'est Robert Koch tout seul qui a su voir et isoler le bacille-virgule dans l'intestin des cholériques, préciser ses caractères et sa biologie, et démontrer son action pathogène.

L'allure épidémique du choléra, sa translation manifeste d'un point à un autre par les vaisseaux, les voyageurs et les marchandises avaient depuis longtemps fait soupçonner son origine parasitaire. Dès l'année 1848, Virchow et plusieurs autres avaient remarqué une grande abondance de vibrions dans les selles des cholériques. Pacini en 1855 aperçut aussi dans les déjections divers micro-organismes animés de mouvements. Bœhm et Hallier, en 1867, attribuaient la maladie à un champignon du genre *urocystis*, qui aurait eu son origine sur certaines graminées de l'Inde. Quelques années plus tard, en 1873 Hayem et

Raynaud reprenant ces recherches, reconnaissaient dans la diarrhée cholérique la présence d'une dizaine d'espèces de vibrioniens, mais ils n'osaient affirmer l'existence d'un microbe spécial.

La technique bactériologique était encore trop rudimentaire pour que ces tentatives pussent réussir, et le choléra ayant à peu près disparu après l'année 1873, il fallut, pour les reprendre, attendre une nouvelle épidémie.

Celle-ci ayant éclaté en Égypte pendant l'été de 1883, à un moment où les travaux de Pasteur en France, de Koch en Allemagne avaient déjà éveillé l'attention publique, le gouvernement français et le gouvernement allemand envoyèrent presque en même temps à Alexandrie une mission scientifique chargée d'étudier l'étiologie du choléra.

La science et l'activité étaient égales des deux parts, cependant le succès fut loin d'être le même et c'est là qu'on put apprécier l'importance des moyens techniques d'investigation. Tandis que la mission française, fidèle aux traditions de l'école pastorienne, employait exclusivement les cultures liquides, et s'efforçait en vain de faire un triage parmi le chaos des microbes qui se développaient dans ses bouillons, Koch, armé de sa méthode des cultures sur plaques, isolait sans peine les divers micro-organismes renfermés dans l'intestin et dans les selles des cholériques, et les étudiait méthodiquement. Après quelques hésitations, qui l'obligèrent à aller poursuivre ses recherches jusqu'aux Indes, le professeur allemand annonça qu'il avait découvert le microbe cholérigène, et en donna la description sous le nom de bacille-virgule (kommabacillus) tiré de son caractère le plus saillant. Dans une série de travaux successifs, il donna les éléments du diagnostic différentiel entre le bacille cholérique et les organismes analogues, puis indiqua les moyens de réussir l'inoculation cholérique chez les animaux; enfin il esquissa la théorie du mode d'action du microbe-virgule.

Les contradictions n'ont pas manqué, surtout au début, mais Koch a répondu victorieusement à tous ses adversaires, et la plupart des expériences de contrôle entreprises en divers pays ont démontré l'exactitude de ses assertions. Aussi le bacille-virgule est-il à peu près généralement reconnu comme étant le facteur étiologique du choléra.

Morphologie et biologie. — Dans les préparations faites avec les selles diarrhéiques, ou empruntées à une culture récente, le bacille cholérique offre l'aspect de petits bâtonnets plus ou moins fortement courbés en arc, longs de 1 μ, 5 à 2 μ, 5, larges de 0 μ, 2 à 0 μ, 3. Leurs bords sont lisses, leurs extrémités tantôt mousses, tantôt légèrement effilées en crochet. Souvent deux bâtonnets sont placés bout à bout en sens inverse, la concavité de l'un faisant suite à la convexité de l'autre, de façon à imiter une S majuscule (Cornil et Babes). Examinés dans la chambre humide, ou même, selon le conseil de Babes, dans une gouttelette de solution faible de violet de méthyle *sans dessiccation préalable*, on reconnaît qu'ils sont animés de mouvements très vifs : les extrémités se courbent et se redressent alternativement.

Pour suivre leur développement ultérieur on ensemence une parcelle de gélatine disposée en culture cellulaire et on installe celle-ci sur une platine chauffante réglée vers 22° centigrade, c'est-à-dire un peu au-dessous du point de fusion de la gélatine. On voit alors les bâtonnets

courbes s'allonger en forme de spirilles, lesquelles semblent formées par la juxtaposition de plusieurs S; en même temps leurs mouvements diminuent. Mais quand ces spirilles ont atteint une longueur de 4 à 5 μ, leurs extrémités recommencent à se mouvoir et bientôt se détachent, formant ainsi de nouvelles virgules. La multiplication continue ainsi quelque temps. Les virgules de nouvelle formation, soumises à l'action des substances colorantes, présentent souvent à chaque extrémité une zone plus foncée, qui a fait croire à tort à l'existence de spores. Vers le 6e jour, la culture commence à s'épuiser et on voit apparaître des formes dégénératives qu'il est utile de bien connaître, en raison des erreurs auxquelles elles peuvent donner lieu. Les virgules deviennent plus grosses et plus courtes, puis il se forme à leurs extrémités des espèces de petits kystes sphériques, hérissés eux-mêmes de saillies sphériques plus petites (Doyen). Ces kystes connus sous le nom de corps muriformes sont composés, selon Ramon y Cajal, d'une membrane d'enveloppe renfermant un liquide transparent dans lequel sont disséminées des granulations réfringentes. Ces formes dégénératives sont complètement stériles.

Le bacille-virgule donne-t-il des spores? Cette question est encore controversée. D'après Hueppe, en observant une culture cellulaire disposée comme nous l'avons dit, on verrait parfois sur un point de la spirille se développer deux corpuscules arrondis et brillants qui interrompent la continuité du filament bactérien. Ces corpuscules, qui représentent selon lui des arthrospores, ne tarderaient pas à s'entourer d'une zone protectrice gélatiniforme. En se réunissant en grand nombre, elles pourraient constituer de petites masses semblables à des zoogloées.

Nous avons dit que les bacilles-virgules se coloraient assez facilement. Il n'en est pas moins très difficile parfois de les distinguer dans les préparations de selles cholériques, où fourmillent toutes sortes de bactéries. La propriété que possède le bacille-virgule de se décolorer par la méthode de Gram permet de le démontrer par le procédé suivant : délayer une parcelle de grain riziforme sur une lamelle, sécher à l'air libre, plonger la lamelle dans le liquide d'Ehrlich pendant 8 minutes, en chauffant le verre de montre, mettre ensuite pendant 2 ou 3 minutes dans le liquide de Gram; décolorer par l'alcool et au besoin par l'essence de girofle, repasser dans l'alcool, plonger ensuite pendant trente secondes dans une solution aqueuse de fuchsine, sécher à la poire de caoutchouc et monter dans le baume. Les bactéries vulgaires sont violettes, les bacilles-virgules non colorés par le violet ont subi l'action de la fuchsine et sont devenus roses.

Pour reconnaître le bacille-virgule dans les coupes, on opère comme suit: prendre un fragment d'intestin, le plonger pendant deux heures dans un mélange à parties égales d'alcool et d'éther, puis pendant 24 heures dans la celloïdine faible; l'entourer ensuite de celloïdine forte et le monter dans le microtome. Déposer la coupe dans l'alcool faible, la faire séjourner pendant deux heures dans la solution aqueuse de violet, mettre un instant à l'étuve, puis retirer la coupe et la passer dans le sublimé à 1/100; traiter par l'alcool, l'essence de girofle et monter.

Disons tout de suite que la forme caractéristique du *kommabacillus* ne suffit pas à le faire reconnaître. D'autres bactéries présentent la même

courbure et des dimensions assez voisines pour que la confusion soit aisée. C'est ainsi que Finkler et Prior ont trouvé, dans les déjections de sujets atteints de *cholera nostras*, un bacille courbe qui ressemble beaucoup à celui de Koch, et qui est seulement un peu plus long et plus gros. Deneke, dans le vieux fromage, en a trouvé un autre qui est plus court, à incurvation plus accusée. Straus et Malassez dans le mucus vaginal de femmes leucorrhéiques, Lewis dans la salive et Miller dans la carie dentaire, ont aussi rencontré des micro-organismes en virgule. Mais ces diverses bactéries n'ont avec celle qui nous occupe qu'une similitude apparente; si on poursuit la comparaison par les cultures, les inoculations, etc., on ne tarde pas à reconnaître des différences essentielles. C'est ce qu'a fait Koch avec beaucoup de succès; en procédant avec la méthode rigoureuse qui lui est habituelle, il n'a pas eu de peine à démontrer la non-spécificité des nouveaux bacilles-virgules et leur non-identité avec le sien.

Le bacille cholérique se cultive très bien sur la plupart des milieux usités en bactériologie. Sur la gélatine peptonisée à la température ordinaire, les colonies sont déjà très visibles au bout de vingt-quatre heures; à la loupe elles se présentent d'abord sous l'aspect d'un petit amas arrondi, pâle et réfringent, autour duquel la gélatine se liquéfie; à mesure qu'il se développe, le noyau en question devient irrégulier, sa surface paraît mamelonnée et striée de lignes plus foncées; en même temps, la gélatine éprouve une sorte de rétraction, et se creuse en entonnoir, dont la partie supérieure est occupée par une bulle d'air, tandis que le fond, effilé en pointe, renferme la colonie bacillaire devenue opaque et grisâtre. Cette apparence est tout à fait caractéristique, et spéciale au bacille de Koch. Celui de Finkler et Prior liquéfie beaucoup plus rapidement la gélatine; au bout de deux jours, la culture en tube présente la forme d'un dé à coudre; la gélatine liquéfiée est d'un gris rosé uniforme et il n'y a pas de bulle d'air à la partie supérieure. Le bacille du vieux fromage, au contraire, fluidifie beaucoup moins la gélatine; au bout de deux jours la culture est encore nettement cylindrique et forme un étroit boyau le long de la piqûre d'inoculation. La surface, verdâtre au centre, présente un contour noir qui s'efface à mesure que la culture se développe.

Sur l'agar peptonisé, le bacille-virgule forme des colonies blanchâtres, saillantes, bien limitées, qui se conservent très longtemps; en vieillissant, elles prennent une teinte brunâtre et une surface irrégulière et mamelonnée que n'ont jamais les cultures du bacille de Finkler et Prior, ni les autres variétés de bactéries courbes. Toutefois les différences sont ici assez faibles, et moins caractéristiques qu'avec la gélatine.

Sur la pomme de terre le bacille de Koch se développe en couche étalée, d'un brun clair tirant sur le gris, autour de laquelle la surface de la pomme de terre prend une teinte d'un blanc éclatant. Il croît aussi très bien dans d'autres milieux, dans le lait par exemple, qu'il ne coagule pas et dont il ne change ni la couleur ni l'aspect. Koch a montré qu'il se développait de même sur le linge humide, et Babes l'a cultivé avec succès dans du pain mouillé, dans du fromage, sur divers légumes et dans le suc des fruits.

La température la plus favorable à son développement est comprise

entre 30° et 40°. Sur l'agar-agar, après dix heures d'incubation à 36°, on trouve déjà des bacilles de nouvelle formation qui commencent à s'incurver. Entre 17° et 30°, la culture réussit encore assez bien; plus bas elle s'arrête, tandis que le bacille de Finkler se développe encore très bien sur la pomme de terre entre 15° et 16° (Koch). On peut le refroidir jusqu'à 10° au-dessous de zéro, sans qu'il perde sa vitalité; replacé dans des conditions favorables, il se développe aussitôt. A la température ordinaire, si on place un liquide riche en bacilles-virgules sur de la terre ou dans un linge humide, il se développe très vite, et au bout de vingt-quatre heures il prédomine beaucoup sur les autres espèces, mais bientôt sa reproduction est entravée par les autres bactéries germant à leur tour et au bout de peu de temps il disparaît. C'est ce qui arrive dans l'intestin des cholériques, où le bacille-virgule ne se rencontre plus au bout de quelques jours. Il est éliminé et remplacé par les bactéries de la putréfaction (Koch). La température de 45° est supportée par lui pendant plusieurs jours; chauffé longtemps à 50°, il devient stérile. Une chaleur de plus de 60° le tue sûrement.

A la température ordinaire, la vitalité du bacille-virgule est d'une durée très inégale selon le milieu. Selon Koch, il vit 30 jours dans l'eau de puits, 81 jours dans l'eau du port de Marseille, 144 jours sur l'agar-agar mis à l'abri de la dessiccation. D'après les expériences de Babes, il peut passer sous la latitude de Berlin l'hiver entier à l'air libre, pourvu qu'il soit dans des conditions de nutrition et d'humidité convenables. La dessiccation le tue très rapidement, même quand elle a été progressive; les ensemencements faits avec des morceaux de linge imbibés de déjections cholériques et desséchés durant un temps variable, sont toujours restés stériles. Koch a conclu de là que le bacille du choléra ne possédait pas de spores durables.

Le bacille-virgule dans l'organisme humain. — L'habitat principal, sinon exclusif, du bacille de Koch dans l'organisme humain est la cavité intestinale. Il s'y rencontre dans tous les cas de choléra, sauf dans ceux où la mort n'est survenue que tardivement à la période de réaction. En se servant des méthodes de coloration indiquées plus haut, il est facile de le reconnaître, et tous les auteurs qui ont répété les recherches de Koch, à l'exception du seul Emmerich, l'ont constaté sans difficulté. Dans les cas obscurs, l'établissement d'une culture sur plaque a permis d'assurer le diagnostic.

L'abondance du bacille dans l'intestin varie beaucoup selon la période de la maladie et surtout selon sa forme. Comme l'a observé Koch, le bacille-virgule très peu abondant au début, se multiplie rapidement pendant les premières vingt-quatre heures, au point d'étouffer presque complètement toutes les autres bactéries; puis il diminue non moins vite, cesse de se reproduire, et, au bout de peu de jours, subit les métamorphoses dégénératives dont nous avons parlé plus haut. Cette particularité permet de comprendre comment, dans certains cas foudroyants, on trouve l'intestin fourmillant de bacilles-virgules. C'est un fait de ce genre observé aux Indes, qui fixa la conviction de Koch, encore hésitant sur la valeur pathogénique du bacille-virgule. Plus tard, à Toulon, il put en montrer un autre semblable à Straus et à Roux, membres de la mission française en Égypte. En pareil cas, on trouve la muqueuse intesti-

nale à peine congestionnée, tapissée d'un mucus crémeux et blanchâtre. Le liquide contenu dans les diverses parties de l'intestin grêle et surtout dans l'iléon renferme une quantité innombrable de bacilles-virgules en culture presque pure. Sur des coupes de la paroi intestinale, on voit que la muqueuse est dépouillée de son épithélium et que des bacilles-virgules ont pénétré, à la faveur de cette desquamation, dans les couches profondes de la muqueuse, dans les glandes de Lieberkühn et dans le tissu conjonctif qui les entoure.

Dans les autopsies de sujets ayant succombé à des formes moins rapides (après le début du stade de réaction), les altérations intestinales sont beaucoup plus considérables : la muqueuse est enflammée, parfois ulcérée, et peut présenter de petites hémorragies interstitielles. Au microscope, on voit que les cellules des glandes sont détachées et qu'elles ont subi l'altération hyaline ou muqueuse avec disparition du noyau ; le tissu réticulé sous-jacent est infiltré de cellules granuleuses d'Ehrlich (Cornil et Babès). En revanche, l'intestin contient peu de bacilles-virgules, et ceux qu'on y rencontre sont méconnaissables, ont subi l'altération mûriforme ou d'autres modifications régressives. Parfois on en distingue encore une certaine quantité dans les culs-de-sac glandulaires, mais le fait n'est pas constant, et alors, pour assurer le diagnostic, on est obligé d'avoir recours aux cultures. Les mêmes différences s'observent, il est à peine besoin de le dire, quand, au lieu de pratiquer des autopsies, on se borne à examiner les déjections des malades : rares dans la diarrhée prémonitoire, très abondants à la période phlegmorragique surtout dans les cas à marche rapide, les bacilles-virgules deviennent de nouveau beaucoup plus rares dans les phases tardives de la maladie. Chez les cholériques qui présentent les phénomènes de la réaction inflammatoire, ils font complètement défaut.

Dans les organes autres que l'intestin, Koch n'a jamais rencontré de bacilles cholériques. En effet, Straus et les autres membres de la mission française en Égypte s'étaient vainement efforcés de découvrir un microorganisme dans le sang et dans les tissus des sujets autopsiés par eux ; ils n'avaient absolument rien trouvé et tous leurs ensemencements étaient restés stériles. La plupart des auteurs qui ont suivi ont confirmé le fait ; cependant Doyen, dans deux travaux successifs, a soutenu qu'il avait trouvé le bacille-virgule dans les coupes de divers organes (foie, rein et rate), et même qu'il avait réussi à cultiver le microbe cholérique sur la gélatine par ensemencement avec de petits fragments de ces organes. Plus récemment, deux observateurs italiens, Tizzoni et Cattani, auraient découvert le bacille-virgule dans le sang de certains sujets, et dans les liquides séreux, comme le liquide céphalo-rachidien, la sérosité péritonéale. Mais ces constatations, à les supposer exactes, n'ont pu être obtenues que rarement, dans des cas de choléra suraigu. Si donc le bacille cholérique peut exceptionnellement pénétrer dans le torrent circulatoire, et de là dans les divers organes, il semble néanmoins que dans la grande majorité des cas il est confiné dans le tube digestif.

Inoculations aux animaux. — Cette localisation presque absolue du virus cholérigène dans l'intestin a été d'ailleurs confirmée par les résultats de l'expérimentation sur les animaux. Les premiers succès dans cette voie furent obtenus par Nicati et Rietsch. Ces observateurs, en injectant

directement dans le duodénum d'un cobaye des matières fécales d'un cholérique ou des cultures du bacille-virgule, après ligature du canal cholédoque, virent l'animal mourir avec de la diarrhée, des crampes musculaires, de l'affaiblissement du train postérieur et de l'algidité. A l'autopsie, ils trouvèrent l'intestin fortement congestionné, rempli d'un liquide grisâtre plus ou moins chargé de grains riziformes et renfermant une énorme quantité de bacilles-virgules.

Koch et Van Ermengem répétèrent l'expérience sans lier le canal cholédoque, et réussirent avec une très petite quantité de virus (un centième de goutte) à reproduire la maladie. Il leur parut que la bile, loin d'entraver la croissance du bacille comme l'avaient cru Nicati et Rietsch, la favorisait au contraire en neutralisant l'activité du suc gastrique. Ce dernier, en effet, tue très rapidement le bacille-virgule, et c'est sans doute la cause pour laquelle Koch, la mission française, etc., n'avaient jamais réussi à produire le choléra en faisant avaler à leurs animaux d'expérience des déjections cholériques ou des liquides de culture.

Pour tourner la difficulté, Koch eut l'idée de neutraliser le suc gastrique en faisant avaler au cobaye cinq centimètres cubes d'une solution à 5 0/0 de carbonate de soude. Mais une autre difficulté se présentait : la rapidité des mouvements péristaltiques est si grande chez le cobaye, que les matières injectées passent en moins de trois heures de l'estomac dans le cæcum, où la réaction est de nouveau acide et où par conséquent les germes cholériques ne peuvent plus se développer. L'expérience fut alors instituée de la façon suivante : vingt minutes après l'ingestion du carbonate de soude, on fait pénétrer dans l'estomac, toujours avec la sonde œsophagienne, dix centimètres cubes d'un bouillon contenant des bacilles-virgules; immédiatement après, on injecte dans la cavité abdominale de la teinture d'opium à la dose d'un centimètre cube pour 200 grammes du poids de l'animal. Celui-ci est narcotisé pendant une demi-heure, après quoi il se réveille, ne paraissant pas malade. Le lendemain, son poil se hérisse, il est pris de crampes et au bout d'un à trois jours il meurt avec les symptômes déjà décrits.

Par ce procédé, la réussite est presque constante ; Koch, sur 35 cobayes, en a vu mourir 30 ; Doyen, qui a répété les mêmes expériences, a obtenu 14 résultats positifs sur 14 animaux. Le même auteur a montré qu'on pouvait remplacer l'injection péritonéale de teinture d'opium par l'injection d'une quantité égale d'alcool ; le succès est tout aussi constant. L'injection duodénale simple ne réussissait qu'une fois sur quatre. Chez les animaux morts en moins de 24 heures (cas foudroyants), l'intestin était injecté, rétracté et couvert d'un enduit crémeux adhérent. Cet enduit, qui fourmille de bacilles virgules, est balayé par la diarrhée dans les cas moins rapides.

Nature de l'action pathogène du bacille cholérique. — Comme on le voit, l'expérimentation est arrivée à répéter exactement ce qui se passe chez l'homme. Or, pas plus chez les animaux que chez ce dernier, on ne trouve le bacille-virgule ailleurs que dans la cavité intestinale.

Quel est donc le mode d'action de ce virus, qui semble évoluer comme une maladie locale et qui pourtant détermine des symptômes généraux si graves et si foudroyants. Les attribuer exclusivement à la déshydratation du sang n'est pas possible, car on voit souvent les crampes musculaires,

la cyanose et l'algidité se montrer presque dès le début, sans évacuations alvines antécédentes. On a donc été amené à penser que ces symptômes, qui sont ceux d'une intoxication, étaient dus non au bacille lui-même, mais à un poison soluble sécrété par lui et absorbé par l'intestin malade. Straus, en France, et Koch, en Allemagne, ont émis presque en même temps cette hypothèse, à laquelle les travaux de Brieger sur les ptomaïnes d'origine microbienne sont venus donner une base très sérieuse. La question est encore loin d'être résolue, mais les documents déjà recueillis permettent de penser qu'on est sur la voie.

Les premières expériences sont dues à Nicati et Rietsch; ces auteurs, après avoir filtré sur le filtre Pasteur des cultures pures du bacille-virgule vieilles de huit jours, injectèrent le liquide ainsi obtenu dans les veines de divers animaux; ils provoquèrent ainsi chez les cobayes (plus rarement chez les chiens) des vomissements, de la diarrhée, de la parésie des membres, quelquefois même la mort. Chez les animaux qui avaient succombé, le duodénum présentait des taches ecchymotiques et le sang offrait les caractères constatés à la période algide du choléra. — A la deuxième conférence de Berlin, Koch a fait connaître des résultats analogues : par injection sous-cutanée ou intra-péritonéale de liquides de culture, privés de bacilles par filtration, il a pu déterminer en quelques minutes chez le cobaye les mêmes symptômes qui apparaissent seulement vers le deuxième jour chez les animaux infectés par la voie digestive, c'est-à-dire l'affaiblissement paralytique du train postérieur, le refroidissement des extrémités, le ralentissement de la respiration, enfin la mort au bout de quelques heures.

D'autre part G. Pouchet, à l'aide du chloroforme, a pu extraire d'abord des déjections cholériques, plus tard des cultures pures du bacille-virgule, une substance huileuse facilement oxydable à l'air et à la lumière et douée d'un pouvoir toxique très énergique. Ce corps possède les réactions générales des alcaloïdes et forme un chlorhydrate qui se dissocie facilement par la température et par le vide. Une trace de cette substance, injectée sous la peau d'une grenouille, la fait périr en peu de temps avec un affaiblissement progressif de l'action du cœur; après la mort, rigidité cadavérique très prononcée.

Villiers, par la méthode de Stas, a extrait des organes des cholériques un alcaloïde, qui se trouve surtout dans l'intestin, en plus faible quantité dans les reins, en traces seulement dans le foie et dans le sang. C'est un corps liquide, d'un goût fort, d'une odeur rappelant celle de l'aubépine ou des fleurs d'acacia (Ceci). Il cristallise en aiguilles. Injecté à un cobaye, il a produit des irrégularités de l'action du cœur et du tremblement musculaire; l'animal n'est mort qu'au bout de quatre jours.

V. Gauthier, en traitant les liquides gastro-intestinaux d'un cholérique par l'éther et le chloroforme, ou par le traitement amylique, a obtenu une ptomaïne soluble dans l'eau et cristallisable en prismes irréguliers. Un demi-centigramme de cette substance, injecté dans la veine jugulaire d'un gros lapin, a déterminé des contractures de la tête et des membres, alternant avec de la parésie, quelquefois un vomissement jaunâtre unique, puis une émission continue d'urine et de matières fécales, de la cyanose, un abaissement progressif de la température; enfin la mort en huit à douze heures. A la dose de 3 à 4 centigrammes, il se produisait des con-

vulsions toniques et cloniques, de l'opisthotonos, et la mort survenait en deux ou trois minutes. Chez le chien, 2 milligrammes 1/2 en injection veineuse produisaient au bout de dix minutes d'inquiétude une selle solide, puis de la diarrhée séreuse avec vomissements, ténesme et contracture du train postérieur. Au bout de 24 heures, l'animal était rétabli. — Ces expériences seraient assez concluantes si, au lieu des déjections cholériques, l'auteur avait employé des cultures pures du bacille de Koch.

C'est ce qu'ont fait Nicati et Rietsch, dans une nouvelle série d'expériences relatée par Klebs. Ils ont procédé de la façon suivante : les liquides de culture, préalablement additionnés d'acide tartrique, ont été concentrés au quart de leur volume par évaporation dans le vide, puis précipités par l'alcool. Le filtrat, évaporé à consistance d'extrait, puis alcalinisé, a été agité avec de l'éther ; après acidification du liquide ainsi obtenu, l'éther a été chassé par évaporation. Le résidu soluble dans l'eau, neutralisé par le carbonate de soude, a servi aux inoculations. Les auteurs ont obtenu chez le cobaye des phénomènes identiques à ceux réalisés par les premières expériences, mais encore plus prononcés. La même substance, produisant les mêmes effets, a pu être retirée du sang et des organes des cholériques ; elle se présentait tantôt sous forme liquide, tantôt sous forme solide ; une seule fois, on a vu se produire des cristaux. Sa stabilité est d'ailleurs très faible, et le chauffage au bain-marie suffit pour la détruire (ce qui expliquerait par parenthèse pourquoi Bouchard avec ses injections intra-veineuses de cultures chauffées n'a obtenu aucun résultat). Elle possède les réactions générales des alcaloïdes, tout comme la substance étudiée par Villiers, mais on n'a pas pu jusqu'à présent l'obtenir à l'état de pureté ; sa détermination comme ptomaïne reste par conséquent douteuse.

Si incomplets que soient ces résultats, ils ont paru suffisants à Klebs pour servir de base à une théorie complète de l'infection cholérique. Selon l'hypothèse ingénieuse de cet auteur, le bacille-virgule, introduit dans l'intestin à la faveur d'une alcalinité passagère des sucs digestifs, s'y multiplie insidieusement et sécrète un principe toxique, dont le premier effet est d'altérer la vitalité de l'épithélium intestinal. Bientôt, la barrière épithéliale tombée, ce poison pénètre en grande quantité dans le sang et détermine aussitôt des phénomènes d'excitation musculaire, qui se traduisent par des crampes et par de l'ischémie artérielle, par des vomissements et de la diarrhée. En même temps, l'émonctoire rénal, parcouru par le poison, est promptement altéré dans sa vitalité ; les épithéliums détruits par la nécrose de coagulation cessent de fonctionner et la toxicité du sang fait de rapides progrès. Enfin les centres nerveux sont eux-mêmes atteints, l'action du cœur, la respiration, la calorification se paralysent et le malade succombe avec les symptômes de collapsus et d'asphyxie que tout le monde connaît.

Cette physiologie pathologique est séduisante, mais elle nous paraît au moins prématurée. Il serait facile de montrer qu'elle n'explique qu'une partie des faits et qu'elle ne tient pas compte de tous les éléments du problème. Convenons avec Koch que la question est des plus complexes, et que beaucoup d'efforts sont encore nécessaires avant qu'elle soit complètement élucidée.

Propagation du bacille-virgule en dehors de l'organisme. — Long-

temps, les hygiénistes ont été divisés en deux camps : les contagionnistes et les non-contagionnistes. Les premiers insistaient sur le transport des épidémies d'un point à un autre, sur le colportage du choléra par les vaisseaux, par les caravanes, sur la multiplication rapide des cas dans les centres où la population est dense ; les autres montraient certaines localités, certaines maisons constamment épargnées par les épidémies, malgré l'introduction réitérée de cas extérieurs, certains individus restés indemnes en dépit d'un contact permanent avec les malades, d'autres au contraire atteints brusquement, sans avoir eu aucun rapport direct ni indirect avec les foyers morbides. Dans chaque parti on ne voulait voir qu'un côté du débat, et on s'efforçait de fermer les yeux aux faits opposés. — Ce que nous savons maintenant de la biologie du bacille-virgule permet de mettre tout le monde d'accord, car le choléra (comme la fièvre typhoïde) se propage surtout par voie indirecte, après élaboration des germes dans les milieux extérieurs. Nous avons montré plus haut comment le bacille-virgule vit et se développe dans les eaux stagnantes, dans les linges humides, et sur certaines matières organiques, comme les légumes frais, tandis que la dessiccation le détruit avec rapidité. Rien d'étonnant dès lors que les germes morbides, introduits dans une localité par les déjections d'un premier malade, ou même par des objets contaminés tels que le linge, les chiffons, etc., provenant d'un foyer épidémique, rien de surprenant, disons-nous, que ces germes puissent se multiplier silencieusement dans le sol humide, parvenir ultérieurement dans l'eau potable et infecter ainsi des individus qui, n'ayant été en rapport ni de près ni de loin avec aucun foyer de choléra, pouvaient se croire à l'abri de tout danger. Rien d'étonnant non plus qu'un cas de choléra puisse rester isolé, si tous les produits morbides ont été rapidement desséchés, comme cela arrive sans qu'on s'en occupe dans les pays chauds où la pluie est rare, ou bien encore si l'entourage du malade a pris des précautions suffisantes pour empêcher toute contamination.

Grâce à la non-existence de spores durables, les moyens de transport et de propagation du bacille-virgule sont moins nombreux que pour le bacille typhique, ce qui compense jusqu'à un certain point l'infectiosité beaucoup plus grande du premier par rapport au second. Comme il meurt dès qu'il se dessèche, l'infection par l'air est à peu près impossible, aussi le contact direct avec les malades est-il relativement peu dangereux ; les médecins, les infirmiers sont rarement atteints, pourvu qu'ils prennent les soins de propreté nécessaires et qu'ils évitent surtout de manger dans les salles. Dans la terre humide, le bacille-virgule peut vivre quelque temps, mais ce n'est là qu'une source d'infection indirecte, par la contamination ultérieure des eaux potables, et nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit ailleurs à propos de la théorie du niveau des eaux souterraines ; elle n'est pas vraie dans le sens que lui a donné Pettenkofer. — Mieux que dans le sol, le germe cholérique peut vivre et se développer sur certaines substances alimentaires comme le pain, le biscuit, le fromage, et il y a là des causes d'infection qui peuvent s'exercer en temps d'épidémie. — Mais le principal et presque le seul véhicule du germe cholérigène, c'est l'eau, comme l'ont montré Koch, Brouardel, Charrin et tous les auteurs qui ont étudié

la question sans idée préconçue. L'eau peut être infectée directement par les selles ; ou bien par le lavage de linges humides ayant servi d'habitat au bacille-virgule ; quelquefois enfin par des infiltrations provenant d'un sol contaminé. Dans une source abondante, dans une rivière à grand courant, le micro-organisme ne dure guère, mais dans un étang, dans un puits fermé, il peut vivre pendant plusieurs semaines ; il s'y multiplie même si l'eau n'est pas trop riche en produits de putréfaction. Que dans une période de sécheresse, où l'eau potable est rare, on vienne à rouvrir ce puits abandonné, à puiser dans cet étang ordinairement réservé pour l'arrosage, et que des gens fatigués par la chaleur et la soif se mettent à boire abondamment ces eaux polluées, aussitôt le choléra se répandra avec une grande violence, frappant vingt, trente personnes à la fois dans une petite localité. Si l'autorité intervient et ferme le puits suspect, l'épidémie s'arrête aussitôt (Brouardel et Charrin), mais, si l'origine du fléau demeure ignorée, celui-ci continue à faire des victimes, jusqu'au moment où l'opportunité morbide n'existe plus. La maladie s'éteint alors d'elle-même, et comme dans nos climats le bacille-virgule trouve rarement des conditions assez favorables pour vivre jusqu'à la saison suivante, l'épidémie meurt sur place, et ne se répète qu'à la suite d'une nouvelle importation du virus.

Il n'en est pas de même dans les pays où le choléra est endémique, aux Indes notamment. Là, Koch a pu observer des villages indigènes construits au voisinage d'étangs, ou plutôt de mares appelées *tanks*, dont l'eau sert à tous les usages, et reçoit par infiltration toutes les immondices. Dans l'eau d'un de ces *tanks*, le professeur allemand a pu isoler le bacille-virgule, parfaitement vivant et capable de se développer. En vain a-t-on objecté à cette constatation décisive que le choléra ne régnait pas constamment dans ces villages ; chaque année, quand les conditions climatériques prédisposent les naturels aux affections gastro-intestinales, le fléau reparaît ; s'il fait sur place peu de victimes, c'est sans doute parce que ses visites précédentes ont à peu près épuisé la réceptivité, mais c'est de là, de cette province du Bengale, qu'il est constamment parti pour se répandre dans toutes les contrées du monde. Grâce à des conditions particulièrement favorables, le bacille-virgule est devenu endémique, et ce pays est comme un vaste terrain de culture où le germe morbide s'entretient et se multiplie au grand détriment de tous les peuples.

Prophylaxie et thérapeutique. Les règles à suivre pour empêcher autant que possible la propagation du bacille cholérigène se déduisent des observations qui précèdent. Elles ont été posées par Koch avec une grande précision.

En premier lieu, étant donné un cas de choléra, on devra s'appliquer à détruire directement les matières infectieuses. Pour rendre les déjections inoffensives, on peut employer l'acide phénique à 1 pour 400, le sulfate de cuivre à 1 pour 1,000, le chlorure de zinc à 1 pour 11,000, le sublimé à 1 pour 100,000 (Nicati et Rietsch). Ces diverses solutions seront mélangées aux matières en proportion au moins égale à celles-ci, et laissées en contact dans le vase pendant au moins dix minutes avant qu'on jette le mélange. Les linges souillés seront brûlés, ou tout au moins passés à l'étuve avant d'être lavés. En cas de pollution du sol, les

parquets, etc., seront lavés soigneusement avec une solution antiseptique. Après le départ du malade, l'appartement sera désinfecté par l'acide sulfureux.

Dans toute localité envahie par l'épidémie, on fera une enquête sérieuse sur la provenance et la qualité de l'eau potable. Les puits suspects seront fermés et on prendra des mesures pour fournir à tous les habitants de l'eau de source à l'abri de toute contamination. En cas d'impossibilité, on se servira d'eau bouillie. — D'autre part, les pouvoirs publics devront veiller à la propreté des rues, empêcher tout dépôt de matières organiques capables de fournir un terrain favorable au développement des germes, faire évacuer sur un hôpital tout individu atteint de choléra qui ne peut être isolé convenablement chez lui, et faire fermer les maisons envahies.

Pour empêcher l'importation du fléau dans un pays encore indemne, la vieille méthode des quarantaines a été de tous temps insuffisante; les connaissances actuelles montrent à quel point elle est peu rationnelle. Faire séjourner ensemble, dans un local fermé, et dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, une foule d'individus venant de localités différentes, les uns sains, les autres déjà infectés, c'est fournir au virus un excellent terrain de propagation; c'est en outre préparer des germes d'épidémie que les quarantenaires emporteront avec eux et répandront, après une incubation plus ou moins longue, dans toutes les localités où ils se dispersent. On remplacera les quarantaines par une inspection médicale attentive des voyageurs, aussi bien dans les villes de l'intérieur qu'à la frontière, et par l'isolement immédiat des individus suspects. D'autre part, on désinfectera soigneusement les vaisseaux et les marchandises; au besoin on interdira absolument l'entrée des objets tels que chiffons, linge ayant servi, objets de literie, qui sont particulièrement aptes à servir de véhicule au contage cholérique.

L'établissement d'une prophylaxie rationnelle et *complète* est le résultat direct de la découverte du micro-organisme infectieux qui détermine le choléra, et des notions recueillies sur sa biologie, sur ses modes de transport et de multiplication. Les mesures que nous venons d'énumérer ont permis, partout où elles ont été rigoureusement appliquées, d'arrêter la propagation des épidémies et de les éteindre sur place avant qu'elles eussent fait de sérieux ravages. Ces résultats suffisent à montrer combien est peu juste le reproche fait si souvent aux études bactériologiques, de ne servir à rien pratiquement.

Du reste, même au point de vue thérapeutique proprement dit, la connaissance du bacille-virgule et de son mode d'action n'est pas sans utilité. Elle a fait voir que la meilleure sauvegarde contre l'infection cholérique, même en plein foyer d'épidémie, c'est l'acidité stomacale, et que par conséquent on doit éviter soigneusement tout ce qui peut diminuer ou faire disparaître cette réaction acide du contenu de l'estomac, notamment les boissons aqueuses très abondantes, les purgatifs salins, etc. Elle enseigne en outre, ce dont on était loin de se douter, que la pullulation du parasite dans l'intestin se fait insidieusement, avant toute explosion diarrhéique, à la faveur d'un ralentissement momentané des contractions péristaltiques ; d'où cette conclusion très sérieuse et peu attendue qu'en temps d'épidémie les opiacés, remède

ordinaire des légères indispositions d'entrailles, sont le plus dangereux des médicaments, et doivent être absolument mis de côté.

§ III. *Le diplocoque de la pneumonie.*

On sait par quelle remarquable évolution des idées la pneumonie fibrineuse aiguë, jadis considérée comme le type des phlegmasies locales *a frigore*, est venue prendre place dans le cadre des maladies générales dites d'origine infectieuse. Nous avons déjà exposé dans ce recueil (*R. S. M.*, t. XXIV, p. 740 et suiv.) l'ensemble des arguments d'ordre clinique et hygiénique qui ont servi de base à cette conception nouvelle, et nous avons relaté avec détail les premières recherches tentées pour lui donner l'appui de l'anatomie pathologique. Nous allons reprendre la question au point où nous l'avons laissée, et la suite de cette étude va nous fournir une nouvelle preuve, et de l'extrême difficulté des investigations bactériologiques, et du danger des conclusions trop hâtives.

A l'époque où nous écrivions (août 1884) Friedländer, dans un important mémoire, venait d'annoncer la découverte du microbe générateur de la pneumonie. Les caractères qu'il lui assignait étaient d'une précision capable de satisfaire les esprits les plus difficiles. D'après sa description, il s'agissait d'un coccus ovoïde pourvu d'une capsule de mucine tout à fait spéciale, et facile à démontrer par la coloration au violet de gentiane. Ce microbe, qu'il désignait sous le nom de pneumocoque, ensemencé sur la gélatine-peptone à la température ordinaire donnait des cultures d'un gris blanchâtre, remarquables par leur disposition en forme de clou (Nagelcultur). Enfin une parcelle de la culture en question, injectée sous la peau ou dans la plèvre d'un cobaye ou d'une souris, déterminait presque sûrement une septicémie spéciale, avec pleurésie fibrineuse et noyaux d'hépatisation dans le poumon; en revanche le lapin se montrait complètement réfractaire.

Le mémoire de Friedländer fut d'abord accueilli avec beaucoup de faveur par le monde scientifique. Plusieurs observateurs, parmi lesquels Emmerich, Gram, Nauwerk, en confirmèrent les résultats. Cependant, quelques objections ne tardèrent pas à se produire : Fränkel, dans un rapport au troisième congrès de médecine interne, fit voir que ni la capsule de mucine, ni la culture en clou n'appartenaient exclusivement au microcoque de Friedländer, et que par conséquent ces caractères ne pouvaient suffire à le faire reconnaître. Un peu plus tard, Pawlowsky, répétant les experiences d'inoculation aux animaux, ne put constater cette immunité du lapin, que Friedländer avait signalée comme un des caractères distinctifs du germe pathogène de la pneumonie de l'homme.

A peu près à la même époque que le mémoire de Friedländer, avait paru en France un travail de Talamon, rédigé d'après des recherches tout à fait indépendantes. Cet auteur déclarait avoir rencontré un grand nombre de fois dans l'exsudat pneumonique un microbe lancéolé, ordinairement disposé en couples (diplocoques), quelquefois en chaînettes de trois ou quatre éléments et même davantage. Il avait réussi à le cultiver dans le bouillon de Pasteur. L'inoculation des cultures dans le

poumon, pratiquée sur vingt lapins, avait donné huit fois des pneumonies caractéristiques, trois fois des pleurésies et des péricardites fibrineuses; chez tous ces animaux, ainsi que chez quatre autres lapins morts sans lésions viscérales appréciables, le sang fourmillait de microcoques lancéolés tout semblables à ceux observés dans l'exsudat pneumonique de l'homme. — Il était bien manifeste que ces résultats, en les supposant exacts, n'avaient rien de commun avec ceux de Friedländer et que les deux observateurs n'avaient pas eu affaire au même microbe.

Les choses en étaient là quand Fränkel introduisit un nouvel élément dans la discussion. Dès ses premières tentatives pour contrôler les résultats de Friedländer, il avait vu qu'un autre micro-organisme, celui de la septicémie salivaire de Pasteur, pouvait affecter des apparences très analogues à celles du prétendu pneumocoque et notamment la capsule. Il avait cultivé ce microbe, qui se rencontre assez fréquemment, mais non toujours, dans la salive des individus bien portants, il l'avait inoculé à divers animaux et il était parvenu à déterminer avec beaucoup de précision quelques-uns de ses caractères morphologiques et biologiques. Il s'agissait d'un coccus de forme ovoïde, un peu effilé en fer de lance, souvent réuni à un autre élément semblable sous forme de diplocoque, et presque toujours enfermé dans une sorte de capsule glutineuse. Ensemencé sur agar alcalinisé, il ne se développait que vers 30 ou 35° sous forme de gouttelettes minces et transparentes dont la vitalité s'éteignait au bout d'un temps assez court. Inoculé au lapin, il le faisait mourir en un ou deux jours, avec tuméfaction de la rate et multiplication abondante des mêmes cocci dans le sang. — Il est impossible de n'être pas frappé de l'analogie de cette description, au moins sous le rapport de la morphologie et de l'action pathogène, avec celle donnée par Talamon de son microcoque pneumonique.

Or, dans deux cas types de pneumonie lobaire aiguë, Fränkel découvrit dans l'exsudat alvéolaire le micro-organisme en question, qui s'y trouvait à l'état de pureté comme le prouvèrent les expériences de cultures sur plaques, et qui, injecté à des lapins, les fit périr avec les symptômes de la septicémie salivaire. Dans deux cas de pleurésie purulente consécutive à la pneumonie, les mêmes résultats furent obtenus: préparations histologiques, cultures et inoculations donnèrent le coccus salivaire à l'état de pureté. Enfin, dans un cas de méningite cérébro-spinale compliquée de pneumonie, l'exsudat de la pie-mère fournit encore des préparations et des cultures du même micro-organisme. De ces observations, Fränkel crut pouvoir conclure qu'il existait au moins deux espèces de germes capables de déterminer la pneumonie et que le microbe de Pasteur était l'un de ces germes, probablement le même que Talamon avait étudié à Paris.

Mais, s'il existait deux microbes pneumoniques, quelle était leur fréquence relative? Weichselbaum, dans un travail paru quelques mois après le mémoire de Fränkel, déclare n'avoir trouvé le pneumococcus de Friedländer que 9 fois sur 127 pneumonies, tandis que l'autre coccus capsulé, celui de la septicémie salivaire, s'était rencontré dans un nombre de cas dix fois plus considérable.

D'un autre côté, Pipping, dans une série de recherches faites à l'instigation de Friedländer lui-même, signala l'existence du microbe décrit par

ce dernier, dans 3 cas sur 13 de pneumonie lobulaire (broncho-pneumonie).

Ces deux faits rapprochés l'un de l'autre : rareté du coccus de Friedländer dans la pneumonie vraie, fréquence relative du même germe dans des formes morbides absolument différentes, devaient inspirer des doutes relativement à sa spécificité. Fränkel entreprit donc de nouvelles recherches qui lui donnèrent les mêmes résultats que les premières : tantôt il trouvait son coccus lancéolé, tantôt (dans les cas où la mort était survenue tardivement) il ne trouvait rien, mais jamais il ne rencontrait le microbe de Friedländer. En présence des affirmations si positives de ce dernier auteur, un tel résultat paraissait inexplicable, quand un hasard de préparation vint donner la clef du mystère. Une vieille femme de 82 ans étant morte au 2e jour d'une pneumonie, et l'autopsie, faite 24 heures environ après la mort, ayant montré un foyer type d'hépatisation lobaire, Fränkel fit selon sa méthode ordinaire, avec l'exsudat pneumonique, des ensemencements en stries sur plaques d'agar. Or, ces plaques, mises dans l'étuve à 30 degrés, se couvrirent dès le lendemain de colonies volumineuses et arrondies en forme de lentilles, tout à fait semblables à celles décrites par Friedländer, tellement que l'on crut d'abord avoir sous les yeux une culture pure du micro-organisme étudié par cet auteur. Mais, en se servant du microscope, Fränkel n'eut pas de peine à distinguer, au voisinage de ces grandes plaques grisâtres, d'autres colonies beaucoup plus petites en forme de gouttelettes irrégulières, transparentes et brillantes comme de la rosée, c'est-à-dire offrant l'aspect qu'il avait appris à reconnaître comme caractéristique de son coccus lancéolé salivaire. L'examen histologique confirma ces premières constations : tandis que les cultures de la seconde espèce étaient exclusivement constituées par des microcoques lancéolés, celles de la première espèce présentaient avec des cocci ovoïdes un nombre considérable de petits bâtonnets semblables à ceux qu'on trouve toujours dans les cultures du microbe de Friedländer.

Dès lors, il devenait facile de comprendre comment Friedländer, en pratiquant ses ensemencements d'exsudat pneumonique, par simple piqûre dans la gélatine, avait pu voir se développer des cultures d'un bacille accidentel, qui avait rapidement étouffé le pneumocoque moins robuste. On se rendait compte également de la seconde erreur commise par le même savant, qui, persuadé de la valeur pathognomonique de la capsule de mucine, avait cru démontrer régulièrement son bacille dans les crachats pneumoniques, dans l'exsudat alvéolaire, dans les lymphatiques du poumon, alors que selon toute vraisemblance il avait affaire au diplocoque de Fränkel. Ce dernier était donc le seul microbe spécifique, le seul véritable agent pathogène de la pneumonie, et c'est à lui que devait être réservé le nom de pneumocoque, par lequel Fränkel proposait de le désigner désormais.

Ces conclusions pourront paraître hardies, cependant elles n'ont pas été jusqu'ici sérieusement attaquées. Au contraire, les recherches de Lancereaux et de Netter sur l'endocardite pneumonique, celles de Netter, de Foa et Bordone-Uffreduzzi sur la méningite liée à la pneumonie, ont confirmé l'existence constante du coccus lancéolé, non seulement dans l'exsudat alvéolaire du poumon hépatisé, mais encore dans toutes les

localisations extra-pulmonaires du virus pneumonique. Il suffit d'ailleurs de lire les différents mémoires de Fränkel pour se convaincre de la méthode rigoureuse qui a présidé à ses recherches et qui les rend particulièrement dignes de confiance. Nous pouvons donc sans attendre de nouvelles confirmations regarder dès à présent comme acquises les notions nouvelles introduites par Fränkel dans l'étiologie de la pneumonie aiguë, et retracer d'après ses travaux ce qu'on sait de l'histoire du diplocoque pneumonique.

Morphologie et biologie. — Le microbe de Fränkel se présente sous la forme de corpuscules arrondis ou ovalaires, légèrement effilés aux extrémités, lancéolés selon l'expression de Talamon, souvent réunis deux à deux (diplocoques) ou formant de courtes chaînettes de 3 ou 4 éléments. Ces micro-organismes sont longs de 0 μ, 50 à 0 μ, 75 et d'une largeur un peu moindre ; quand ils sont accouplés, ils s'affrontent sans se toucher et leurs extrémités contiguës présentent parfois un léger aplatissement ; cette forme explique comment Pasteur qui les a vus le premier, mais qui observait avec un microscope très peu perfectionné, les avait pris pour des microbes en 8 de chiffre.

La capsule qui les entoure (et que Pasteur avait également remarquée sans y attacher d'importance) peut se voir même sans coloration préalable avec un grossissement de 3 à 400 diamètres. Sur les préparations colorées au violet de gentiane, elle prend une netteté extrême, et s'offre alors sous l'aspect d'une zone pâle ayant au moins trois fois le diamètre du microcoque placé à son centre. Quand il existe une chaînette de trois ou quatre éléments placés bout à bout, la capsule qui leur est commune prend la forme d'un cylindre à extrémités arrondies, présentant une série d'étranglements. Ces capsules sont solubles dans l'eau et dans les alcalis faibles, insolubles dans les acides ; elles paraissent formées de mucine.

Ces caractères offrent au premier abord une grande analogie avec ceux que Friedländer a attribués à son microcoque. Toutefois il existe une différence essentielle : tandis que le pneumocoque vrai, celui dont nous étudions l'histoire, ne présente jamais d'autre forme que celle d'un coccus arrondi ou ovoïde, le microbe de Friedländer présente constamment des éléments allongés en forme de bacilles courts, et, dans les produits de culture, ces bâtonnets arrivent à prédominer tellement, que Weichselbaum se refuse à considérer l'organisme en question comme un microcoque, et propose de lui donner le nom de *pneumo-bacillus*.

Pour colorer le vrai pneumocoque, s'il s'agit d'une préparation sur couvre-objet, on commence par la fixer en la passant trois fois dans la flamme, on la plonge pendant deux minutes dans la solution de violet de gentiane par l'eau d'aniline, on passe légèrement dans l'alcool, puis on achève de laver dans l'eau, on sèche à la poire de caoutchouc et on monter dans le baume. Il faut éviter de trop prolonger l'action du violet, sans quoi la capsule se confond avec le microbe. Pour colorer les diplocoques dans les coupes de tissus, on peut se servir du procédé suivant : plonger la coupe pendant quelques secondes dans une solution d'acide osmique à 1 0/0, puis pendant vingt-quatre heures dans une solution colorante composée de violet 6 B 50 parties, eau distillée 100 parties, acide acétique 10 parties ; laver ensuite dans de l'eau aiguisée d'acide

acétique au millième, passer dans l'alcool, éclaircir par l'essence de térébenthine et monter dans le baume de Canada. On peut encore se servir de la méthode de Gram, qui colore très bien les pneumocoques. Cette méthode a même l'avantage de permettre la distinction avec le bacille de Friedländer qui, lui, se décolore par l'alcool après le passage dans le liquide de Gram.

Le pneumocoque de Fränkel est extrêmement difficile à cultiver (sans doute faute d'un milieu de culture bien approprié); c'est probablement en raison de ces grandes difficultés que la plupart des auteurs qui ont cherché le germe pneumonique l'ont confondu avec d'autres. Tout d'abord il ne se développe pas à la température ordinaire, mais exige pour croître une chaleur de 27° au moins, et mieux de 30 à 35°. Cette circonstance interdit presque absolument l'usage de la gélatine; on est obligé d'employer l'agar ou le sérum gélatinisé. Ces milieux eux-mêmes ne réussissent que si l'on a pris le soin de leur donner un certain degré d'alcalinité, degré qui varie selon la substance employée et qui ne peut être évalué que d'une façon empirique. Enfin les générations obtenues en culture artificielle n'ont qu'une durée très courte et perdent rapidement leur puissance germinative, d'où la nécessité de renouveler fréquemment les cultures, et même de rajeunir le virus de temps en temps par inoculation à un animal vivant.

Le milieu nutritif préféré par Fränkel est le sérum gélatinisé de bœuf ou de mouton. Pour l'établissement des plaques, on lui substitue le bouillon de viande solidifié par l'agar. Pour donner à ce dernier le degré d'alcalinité convenable, Fränkel conseille de le neutraliser d'abord exactement, puis de préparer plusieurs tubes additionnés d'une proportion croissante de carbonate de soude ; on les ensemence avec une culture vigoureuse, on note celui où le pneumocoque se développe le mieux et on alcalinise ensuite la provision d'agar au degré correspondant. Il est utile d'ajouter, en outre, 1/2 0/0 de glucose ou de tartrate de soude et de potasse. — Sur des plaques ainsi préparées, et ensemencées en strie avec un fil de platine, le microbe pneumonique se développe dans l'étuve à 30° sous la forme de colonies arrondies ou irrégulières, peu saillantes, pâles et transparentes comme des gouttes de rosée. Vingt-quatre heures après l'ensemencement, elles sont déjà visibles à l'œil nu. Si on vient à soulever légèrement ces gouttelettes à l'aide du fil de platine, on voit qu'elles pénètrent assez profondément dans l'épaisseur du sol nutritif, et présentent alors une coloration jaunâtre. C'est qu'en effet le pneumocoque est jusqu'à un certain point anaérobie et se développe sans difficulté à l'abri de l'air. Une préparation en chambre humide, faite avec une parcelle des cultures en question, montre qu'elles sont formées exclusivement de microcoques lancéolés, solitaires ou réunis en série, et offrant des mouvements oscillatoires très appréciables. Ils sont généralement dépourvus de capsule. Dans les milieux liquides, le pneumocoque se développe aussi très bien ; le bouillon de Pasteur peu concentré (1 partie de viande pour 3 à 4 d'eau) lui convient à merveille, pourvu qu'on ait eu soin de le neutraliser parfaitement. A la température de 35°, le liquide se trouble uniformément au bout de vingt-quatre heures, puis il se forme un précipité granuleux analogue à du sable, qui gagne le fond du vase, pendant que les couches supé-

rieures se clarifient. Fränkel a observé que la culture dans le bouillon semble augmenter l'énergie végétative du microbe, à tel point qu'il devient capable de se développer sur la gélatine peptone entre 25 et 27°. Les colonies qui se montrent dans ces conditions ont la même apparence que sur l'agar. On peut aussi cultiver le pneumocoque dans le lait stérilisé. A 37°, celui-ci est coagulé dès le second jour et présente alors une réaction fortement acide. Les inoculations faites avec ce lait sont tout aussi actives que les autres, mais il n'en est plus de même au bout de quelques jours, ou après plusieurs générations successives de culture sur lait. Dans ces dernières conditions, le pneumocoque perd rapidement ses propriétés pathogènes.

C'est du reste une remarque générale, qui résulte des expériences très nombreuses et très variées de Fränkel, que parmi les divers procédés de culture actuellement connus pas un n'offre au microbe pneumonique des conditions d'existence comparables à celles qu'il doit rencontrer dans la nature, et qui assurent sa perpétuité, en dépit de sa faible résistance aux divers agents de destruction. Ce que nous savons de sa biologie est donc forcément très incomplet et ne doit être admis que sous toutes réserves.

La température de 30 à 35° est, comme nous l'avons vu, la plus favorable au développement du pneumocoque. Entre 29 et 26°, il se fait encore, quoique plus lentement, si le milieu de culture est favorable; au-dessous de 25° il cesse tout à fait. Entre 35 et 39°, la croissance est peu rapide, mais s'effectue pourtant; de 39 à 42°, elle n'est plus possible que sur milieu liquide (bouillon de Pasteur), et le virus ainsi obtenu présente un affaiblissement notable de ses propriétés pathogènes. A 43°, le pneumocoque ne se développe dans aucune circonstance et meurt rapidement.

Cultivé avec soin et dans les meilleures conditions connues de température et de milieu, le microbe de Fränkel ne se conserve jamais plus de quatre ou cinq jours; au bout de ce temps, il perd l'aptitude à se reproduire et les ensemencements demeurent stériles. Pour ne pas perdre la race, il est nécessaire d'ensemencer tous les deux ou trois jours une nouvelle génération. Encore la croissance des colonies ne tarde-t-elle pas à se ralentir, et au bout de trois à six passages il est nécessaire de rajeunir le virus par injection à un lapin, qui meurt de septicémie salivaire et dont le sang permet d'obtenir de nouvelles cultures aussi vigoureuses que les premières. Ce fait vient à l'appui de ce que nous disions tout à l'heure, que nos procédés artificiels conviennent très imparfaitement aux aptitudes vitales du pneumocoque. Fränkel a observé que la virulence se maintient jusqu'à vingt jours quand les cultures sont faites sur de l'agar alcalinisé au degré convenable, tandis qu'avec une réaction chimique à peine différente la moitié de ce temps suffit pour épuiser la vitalité du germe et rendre nécessaire son passage par l'animal vivant. Le même auteur a constaté que les cultures se développaient beaucoup moins bien en présence de l'air qu'à l'abri de son action, en un mot que le pneumocoque était jusqu'à un certain point anaérobie.

Nous n'avons pas besoin d'insister de nouveau sur le contraste que présentent ces conditions biologiques avec celles (assez mal étudiées du reste) du bacille de Friedländer, organisme vivace, se développant avec rapidité sur tous les terrains, à la température ordinaire, et s'accommo-

dant si bien de ces conditions artificielles que les générations peuvent être indéfiniment renouvelées sans changement de milieu. Les inoculations aux animaux vont du reste nous offrir des résultats tout aussi divergents. Mais avant d'y arriver il nous semble préférable d'examiner comment le pneumocoque se montre dans l'organisme humain.

Anatomie pathologique. — Les différents auteurs qui ont cherché le microcoque lancéolé de Fränkel et de Talamon chez les individus atteints de pneumonie fibrineuse, et qui ont eu soin de contrôler l'examen microscopique par des expériences de culture, n'ont pas eu de peine à se convaincre que le microbe en question manque rarement dans les cas récents. Beaucoup d'autres l'ont vu également, mais trompés par les apparences ont cru avoir affaire au coccus de Friedländer. C'est dans l'exsudat intra-alvéolaire du poumon hépatisé que le pneumocoque se rencontre d'habitude, et les crachats rouillés étant formés en grande partie par ce même exsudat le renferment également ; mais ce n'est pas tout : dans certaines pneumonies compliquées d'autres manifestations inflammatoires de même ordre, telles que pleurésie, péricardite, endocardite végétante, méningite même, on a pu trouver encore le diplocoque de Fränkel et de Talamon soit dans les exsudats, soit dans le sang. Bien plus, quelques auteurs éclairés par les observations précédentes ont constaté encore le même micro-organisme dans des cas de méningite ou d'endocardite sans pneumonie. Ces faits rapprochés des résultats de l'expérimentation sur les animaux ont permis, comme nous le verrons un peu plus loin, d'établir une théorie assez plausible de l'infection pneumonique.

Dans le poumon hépatisé, lorsque la mort est survenue avant le sixième jour et que l'autopsie n'a pas été trop tardive, des coupes faites et colorées suivant l'une des méthodes indiquées plus haut font voir de nombreux microcoques lancéolés, la plupart réunis deux à deux et entourés de leur capsule, occupant l'intérieur des alvéoles et enchâssés dans la fibrine qui les remplit. Les lymphatiques sous-pleuraux en renferment également ; parfois ils en sont littéralement bourrés. Plus aisée est la démonstration quand on se borne à faire des préparations sur couvre-objet avec l'exsudat pneumonique recueilli par le râclage. On peut aussi, à l'exemple de Talamon, recueillir pendant la vie une parcelle de cet exsudat au moyen d'une ponction aseptique du poumon avec la seringue de Pravaz (petite opération tout à fait inoffensive). Enfin, dans les cas où l'expectoration est abondante, formée de crachats visqueux et rouillés, le pneumocoque se trouve également dans ces crachats en quantité considérable.

Ici nous devons ouvrir une parenthèse. Peu de temps après sa communication sur le microbe de la pneumonie, Friedländer avait fait lui-même observer que la présence d'un organisme encapsulé dans les crachats d'un pneumonique ne voulait pas dire que ce microbe vînt du poumon. Et en effet, plusieurs auteurs, parmi lesquels Sternberg et Fränkel lui-même, ne tardèrent pas à signaler la présence d'un diplocoque à capsule *dans la salive d'individus bien portants.* Ce fait semblait enlever toute importance au microbe trouvé dans les crachats pneumoniques. Mais, contre toute attente, cette discussion finit par aboutir à la constatation due encore à Fränkel que l'organisme trouvé dans la salive

ne différait en rien de celui qui peuple l'exsudat du poumon hépatisé, et que l'un et l'autre étaient identiques sous tous les rapports au microbe de la septicémie salivaire de Pasteur. Donc, pour conclure, le pneumocoque peut se rencontrer dans la salive des individus sains. Nous verrons plus loin quelles déductions il est permis d'en tirer au point de vue pathogénique. Bornons-nous pour le moment à dire que dans les crachats pneumoniques il se trouve à la fois beaucoup plus fréquemment et en beaucoup plus grande abondance que dans la salive normale.

Quand le malade a succombé plus tard que le sixième jour, il n'est plus possible de découvrir le pneumocoque dans l'exsudat pulmonaire, ou si on en aperçoit quelques-uns ils sont déformés, ratatinés, et se colorent mal. Ce sont des cadavres et les essais d'ensemencement restent stériles.

Dans les cas de pneumonie simple, non compliquée d'autres accidents, les constatations bactériologiques se bornent là. Il n'en est plus de même dans les pneumonies dites infectantes. Dès 1882, Bozzolo de Milan, après avoir signalé l'occurrence relativement fréquente des phlegmasies fibrineuses (endocardite, péricardite, pleurésie), et surtout de la méningite cérébro-spinale dans le cours de la pneumonie, ainsi que la fréquence de cette dernière dans la méningite cérébro-spinale sporadique ou épidémique, avait avancé que le même micro-organisme, encore mal déterminé, pouvait être la cause commune de ces diverses manifestations morbides. Depuis lors des observations plus précises ont confirmé cette hypothèse, et le pneumocoque a été vu dans toutes ou presque toutes les determinations inflammatoires qui peuvent compliquer la pneumonie. En ne tenant compte que des faits récents où l'on s'est assuré qu'il s'agissait bien du microbe de Fränkel, les preuves sont déjà assez nombreuses pour ne laisser place à aucun doute. Dans deux cas de pleurésie fibrineuse post-pneumonique, Fränkel a isolé et reproduit par la culture le diplocoque lancéolé que nous avons déjà tant de fois décrit. Cornil et Babès l'ont trouvé dans l'exsudat d'une péricardite pneumonique, et aussi dans le liquide d'une péritonite latente compliquant la phlegmasie pulmonaire.

L'endocardite, comme on le sait, accompagne assez fréquemment les formes graves de la pneumonie; elle peut débuter dans le cours de cette dernière ou pendant la convalescence. Elle donne lieu au développement, sur les valvules cardiaques, de végétations fibrineuses grisâtres, épaisses et molles, d'apparence polypiforme. Dans l'épaisseur de ces concrétions, formées de fibrine et d'hématoblastes, Lancereaux et Netter ont pu distinguer une quantité innombrable, de pneumocoques, dont l'inoculation sur agar reproduisait des cultures caractéristiques. Ces concrétions endocardiques se forment d'ordinaire au niveau d'une ancienne cicatrice, d'une excroissance fibroïde qui sert de point d'appel aux globules blancs, et aux pneumocoques dont ils sont remplis. On a pu obtenir des lésions tout à fait identiques chez les animaux en traumatisant les valvules cardiaques après l'inoculation du virus pneumonique dans le sang ou même dans le tissu cellulaire sous-cutané (Netter).

La méningite pneumonique, plus commune encore que l'endocardite, a permis des constatations analogues. Sans remonter jusqu'aux observations d'Eberth et de Koch, qui dès l'année 1881 avaient entrevu le

diplocoque lancéolé dans la méningite compliquant la pneumonie, plusieurs travaux récents ont fait connaître la fréquence de cette localisation. Fränkel, dans deux cas, a pu obtenir, par ensemencement des exsudats de la pie-mère, des cultures pures de pneumocoque. Foa et Bordone Uffreduzzi ont répété ces expériences avec le même succès. Tout dernièrement, Netter dans un mémoire très nourri de faits et d'expériences a envisagé sous toutes ses faces cette question de la méningite pneumonique (ou plutôt de la méningite par pneumocoques); il a montré que non seulement le microbe de Fränkel pouvait envahir les méninges par infection métastatique partant du poumon hépatisé, mais aussi, bien que plus rarement, par propagation directe, partant de l'arrière-gorge, des amygdales ou de la trompe d'Eustache pour gagner la base du crâne en suivant les voies lymphatiques. Dans ces derniers cas, le poumon peut être indemne, et les manifestations morbides sont purement et simplement celles d'une méningite. Quelle que soit son origine, la méningite à pneumocoques donne lieu à la formation rapide d'un exsudat couenneux, très épais, qui se développe d'abord le long des vaisseaux, puis infiltre toute l'étendue de la pie-mère, dans les mailles de laquelle il est contenu. Au degré le plus avancé, l'encéphale paraît enveloppé d'une couenne molle fibrineuse d'un jaune verdâtre, qui se détache d'une seule pièce comme un parchemin humide et qui diffère notablement de l'exsudat lardacé et adhérent de la méningite tuberculeuse, non moins que du pus crémeux de la méningite consécutive à une carie du rocher. Les espaces arachnoïdiens, les ventricules sont souvent distendus par un liquide trouble qui tient en suspension des flocons fibrineux. L'examen histologique fait voir des pneumocoques isolés ou accouplés qui nagent dans l'exsudat sous-arachnoïdien, infiltrent les mailles de la pie-mère et sont surtout abondants, selon Netter, dans les gaines lymphatiques des vaisseaux.

Dans les reins, le coccus pneumonique se développe moins fréquemment, et les lésions qu'il y détermine sont d'une forme différente. D'après Klebs, qui a fait de cette question une étude particulière, on peut trouver, chez les pneumoniques qui ont succombé avec de l'albuminurie, de nombreux pneumocoques fixés dans les anses vasculaires des glomérules ainsi que dans les veines situées à la limite de la substance corticale et de la substance médullaire. Au voisinage des amas intraveineux, on en trouverait aussi dans l'intérieur des canalicules urinifères, où ils pénètrent par contiguïté. Cette dernière observation est d'accord avec les données expérimentales, car les urines des animaux infectés par le virus pneumonique renferment, comme l'a observé Netter, des pneumocoques parfaitement vivants et capables de se reproduire par culture.

Il est à peine utile d'ajouter que le germe pneumonique peut se trouver aussi dans le sang. Le fait de sa fixation possible au niveau de l'endocarde, ou dans les reins, prouve suffisamment que du poumon, son habitat ordinaire, il peut pénétrer le torrent circulatoire. D'ailleurs il a été constaté directement par Talamon, dans le sang d'un malade à l'agonie. Netter aussi a pu dans deux cas inoculer des souris avec du sang recueilli chez un pneumonique. Nous sommes toutefois obligés d'admettre que le sang humain est pour le pneumocoque un mauvais

terrain de culture, car il ne s'y rencontre que d'une manière accidentelle, et n'y prolifère jamais comme il fait dans le sang de certains animaux. (Voy. plus loin.)

Ces diverses localisations ne sont certainement pas les seules et il est permis de penser que beaucoup d'autres complications rares de la pneumonie reconnaissent aussi pour cause la présence du pneumocoque. Les arthrites notamment, qu'on voit quelquefois se développer au décours de la phlegmasie pulmonaire, s'expliquent sans doute par la multiplication anormale du parasite dans un organe dont la résistance vitale est accidentellement diminuée. Mais jusqu'ici aucune recherche n'a été tentée dans cette direction.

Il faut bien savoir, du reste, que toutes les déterminations purulentes qui peuvent s'observer à l'occasion d'une pneumonie ne sont pas forcécément du ressort du pneumocoque. Aussi bien que dans la fièvre typhoïde, l'organe altéré le premier peut ouvrir la porte à des infections secondaires, résultant de l'introduction accidentelle d'un microbe pyogène qui se développe très facilement sur un terrain ainsi préparé. Lancereaux et Netter ont insisté sur le développement possible d'endocardites et de méningites dues à la pullulation du *streptoccocus pyogenes* de Rosenbach, et ils ont distingué ces formes morbides par le nom d'endocardites et de méningites *à streptocoques*. L'examen histologique et la culture révèlent alors un organisme composé de grains ronds, très petits, disposés en chaînettes parfois fort longues, n'offrant jamais de capsule et se distinguant par conséquent sans difficulté du pneumocoque. On constate le même microbe dans les parotidites suppurées qui s'observent parfois au décours de la pneumonie, dans certains empyèmes développés pendant la convalescence, dans les abcès du poumon, etc. Il s'agit alors de véritables accidents pyohémiques dont on peut quelquefois reconnaître l'origine, comme dans le cas de Lancereaux et Netter, où un très petit foyer purulent situé dans l'épaisseur du poumon hépatisé avait servi de point de départ à une parotidite d'abord, puis à une méningite suppurée, dont l'exsudat renfermait des streptocoques en abondance.

Inoculations aux animaux. — Les premières expériences relatives à l'action pathogène du pneumocoque sont dues à Pasteur, qui en les faisant ne songeait nullement à la pneumonie. On sait qu'ayant eu l'occasion d'examiner la salive d'un enfant mort de la rage il y remarqua la présence d'un microbe d'une espèce encore inconnue, paraissant affecter la forme d'un 8 de chiffre. Injectée sous la peau d'un lapin, cette salive déterminait de la fièvre, de l'anorexie, de la faiblesse des membres inférieurs, et la mort au bout de 36 heures ; à l'autopsie on trouvait peu ou point de lésions locales, mais le sang fourmillait de microbes capsulés. En raison de ces faits, Pasteur désigna le micro-organisme en question sous le nom de microbe de la septicémie salivaire.

Peu après, Sternberg obtenait les mêmes résultats avec sa propre salive, ainsi qu'avec celle d'une série d'autres personnes bien portantes en apparence. Il remarqua de plus que la virulence variait suivant les individus, et même pour chaque individu suivant les époques, de telle sorte qu'une salive aujourd'hui très virulente et capable d'infecter les lapins presque à coup sûr, serait peut-être dans trois mois tout à fait

inoffensive. Cette observation, comme nous le verrons plus loin, a été confirmée par tous les auteurs qui ont suivi.

Parallèlement à ces travaux et sans aucun lien avec eux, diverses tentatives étaient faites pour provoquer expérimentalement des pneumonies par injection de substances qu'on supposait contenir le microbe pathogène. Griffini et Cambria, Klein, avec des crachats pneumoniques, obtinrent chez le lapin des résultats qui, s'ils n'étaient pas concluants au point de vue de la transmission de la pneumonie, n'en offraient pas moins un grand intérêt. Dans la majorité des cas, leurs animaux succombaient en 24 ou 48 heures, avec les phénomènes généraux des septicémies. Ceux qui étaient morts le plus vite ne présentaient à l'autopsie qu'une tuméfaction de la rate et une prolifération très abondante de microcoques encapsulés dans le sang. Les autres offraient en outre des lésions inflammatoires plus ou moins accentuées des organes pulmonaires et des grandes séreuses. Talamon, avec des cultures du coccus lancéolé trouvé par lui dans l'hépatisation pulmonaire, n'obtint aucun résultat par injection sous-cutanée, mais en pratiquant l'injection directement dans le poumon, il parvint à produire de véritables pneumonies fibrineuses, toujours accompagnées de pleurésie ou de péricardite exsudative; la survie des animaux était en moyenne de 4 jours.

Enfin Fränkel est venu démontrer l'identité absolue du microbe de la septicémie salivaire et du pneumocoque, et expliquer ainsi la similitude frappante des résultats précédemment obtenus. Les expériences de Fränkel, par leur nombre, par leur variété, par leur précision scientifique, surpassent de beaucoup tout ce qu'on avait fait jusqu'alors. L'important travail où il les a exposées (*Zeitschrift für klinische Medicin*, t. X et XI) est un résumé complet de la question, et renferme une série d'aperçus très intéressants sur la physiologie pathologique des bactéries pathogènes en général, et du pneumocoque en particulier. Nous sommes obligé d'y renvoyer le lecteur et d'y puiser seulement quelques détails essentiels.

Si on injecte avec les précautions d'usage, sous la peau du ventre d'un lapin, 1 ou 2 centimètres cubes d'une culture pure de pneumocoque développée entre 30° et 35° et âgée de moins de cinq jours, on voit, au bout de cinq ou six heures, la température s'élever, et, de 39°, qui est son degré normal, monter à 41° et même à 42°. L'animal cesse bientôt de manger et demeure immobile dans un coin de sa cage. Bientôt il ferme les yeux, sa respiration devient légèrement pénible, et il tombe dans un état de somnolence qui dure jusqu'à la mort. Celle-ci, précédée par quelques convulsions, survient d'ordinaire au bout de 36 heures. Déjà, pendant l'agonie, le sang renferme des pneumocoques, mais le nombre de ceux-ci augmente encore beaucoup après la mort. A l'autopsie, on trouve à peine une légère suffusion sanguine au point d'inoculation; le péritoine est légèrement injecté, poisseux; les différents organes ne présentent pas de lésions notables; seule la rate est fortement tuméfiée, et présente, selon Foa et Bordone-Uffreduzzi, une consistance particulière, élastique comme celle de l'albumine cuite; sectionnée, elle présente une surface de coupe lisse, homogène, d'un gris rosé. Au microscope, les capillaires sanguins de toutes les régions sont bourrés de pneumocoques capsulés, offrant leurs caractères habituels.

Par l'injection de crachats rouillés pneumoniques, ou plus simplement d'un peu de salive contenant des pneumocoques, on obtient les mêmes résultats; on les obtient encore avec le sang ou l'urine des lapins morts dans les conditions que nous venons de dire. Il faut avouer que ce tableau clinique et anatomique ne ressemble guère à la pneumonie de l'homme. Mais si, au lieu d'employer le virus normal, on se sert de cultures atténuées, la scène change.

Nous avons vu plus haut que le pneumocoque se distinguait de tous les autres microbes par la rapidité avec laquelle il perd sa virulence, soit lorsqu'on le chauffe entre 41° et 43°, soit lorsqu'on le laisse simplement vivre quelques jours en présence de l'air, sur une culture déjà vieille. Vient-on à injecter au lapin, de la même manière que précédemment, 1 à 3 gouttes d'une solution renfermant des pneumocoques ainsi affaiblis dans leur vitalité, l'animal éprouve les mêmes symptômes, mais la maladie a une marche moins rapide, et la mort, quand elle a lieu, ne survient guère avant le quatrième jour, parfois même beaucoup plus tard. On trouve alors, indépendamment de l'infection du sang et de l'hypertrophie splénique, des localisations inflammatoires diverses, des pleurésies, des péricardites à exsudat fibrineux, parfois même de véritables hépatisations lobaires des poumons, avec état granuleux à la coupe, exactement semblables à la pneumonie de l'homme. Il semble donc que l'évolution moins rapide de la maladie ait permis au virus de localiser son action et d'élire domicile dans certains organes, au lieu de tuer par infection diffuse de la masse sanguine.

Fait non moins remarquable : ces manifestations locales, ces phlegmasies des parenchymes ou des membranes séreuses, que nous venons de voir se produire dans les formes atténuées de l'inoculation pneumonique, l'expérimentateur peut les provoquer presque à son gré, en favorisant, par un traumatisme préalable, la fixation et la multiplication du germe pathogène en tel ou tel point. C'est ainsi que Talamon a pu obtenir des pneumonies en piquant directement le poumon avec la seringue de Pravaz; c'est ainsi que, plus récemment, Netter a déterminé sans peine des endocardites, en lésant, par la méthode de Rosenbach, une des valvules aortiques avant l'inoculation. Le même auteur a provoqué aussi des méningites chez le lapin, en injectant les pneumocoques dans la cavité arachnoïdienne, ou même en congestionnant simplement l'encéphale par une légère cautérisation à sa surface, avant de pratiquer l'inoculation sous-cutanée.

Un autre point intéressant mis en relief par Fränkel, c'est la possibilité d'atténuer les effets du virus pneumonique, en changeant le mode et le lieu de l'inoculation. Si, au lieu d'injecter le virus sous la peau ou dans la cavité pleurale, on se borne à l'inoculer par plusieurs piqûres de lancette à la face interne de l'oreille du lapin, celui-ci (dans la plupart des cas, non dans tous) présente seulement une forte fièvre, avec un certain degré d'inflammation au point inoculé; au bout d'un temps variable, il se rétablit, et alors *il est devenu réfractaire à l'infection pneumonique ;* une nouvelle inoculation ne produit plus rien.

Parmi les autres espèces d'animaux employés aux expériences, la souris possède, à l'égard du pneumocoque, la même réceptivité que le lapin ; elle meurt même encore plus rapidement, et présente constam-

ment un certain degré d'exsudation poisseuse, sanguinolente dans les plèvres. Le cochon d'Inde est souvent réfractaire aux injections sous-cutanées; les inoculations intra-pulmonaires le font périr de la même manière et avec les mêmes lésions que le lapin ; il en est de même du chat. Quant aux oiseaux (poules, pigeons) et aux chiens, ils sont absolument réfractaires, ces derniers résistant même à l'injection directe dans les veines.

Nous voilà loin du bacille de Friedländer, dont la caractéristique est d'être inoffensif pour le lapin, tandis qu'il est pathogène pour le chien. Ajoutons que d'après Friedländer, on peut infecter les animaux par inhalation, en pulvérisant dans leur cage de l'eau chargée de microbes; or, Fränkel n'a jamais rien obtenu de cette façon avec son pneumocoque. Il est donc bien certain que si ce dernier est (comme tout le fait croire) le véritable germe pathogène de la pneumonie, le bacille de Friedländer n'a qu'une réputation usurpée.

Propagation et invasion. — Il serait prématuré de vouloir établir une théorie complète du virus pneumonique et de son mode d'action ; ce que nous savons de son histoire est encore trop incomplet pour cela. Cependant on peut dès maintenant se faire une idée assez nette des conditions dans lesquelles il se propage d'ordinaire, et de la place qu'il occupe dans l'échelle des germes pathogènes.

L'observation clinique des épidémies de pneumonie, qu'on trouvera relatée dans notre Revue sur ce sujet (*R. S. M.*, t. XXIV, p. 743 et suiv.), a permis d'établir que le plus souvent le contage semblait fixé dans une localité, dans une maison, dans une chambre même, dont tous les hôtes successifs étaient frappés l'un après l'autre. Bien que nous ne connaissions pas les formes durables du coccus pneumonique, et que dans nos cultures comme dans nos inoculations nous le voyions toujours détruit et frappé de mort au bout de peu de temps, nous devons néanmoins penser que, sous certaines conditions, il est capable de demeurer plus ou moins longtemps caché dans le sol et d'y conserver une vie latente. Quand il sort de sa retraite, c'est par l'air probablement, beaucoup plus souvent que par l'eau, qu'il est porté à nos organes. Comme nous venons de le dire, les épidémies de pneumonie sont presque toujours des épidémies de maison ou de chambre, rarement des épidémies générales comme celles de fièvre typhoïde ou de choléra.

D'ailleurs, le pneumocoque n'est pas (au moins dans les circonstances ordinaires) un de ces germes dont la virulence trouve peu d'obstacles, et qui, une fois introduits, exercent aussitôt leur action délétère. Qu'il en soit ainsi dans certaines épidémies particulièrement malignes, nous consentons à l'admettre, mais c'est là un fait exceptionnel, et la meilleure preuve, c'est qu'on le trouve, pendant des périodes parfois fort longues, dans la salive de gens bien portants en apparence. Fränkel l'a constaté dans la sienne pendant plusieurs mois, Netter également, puis tous deux l'ont vu disparaître, sans cause appréciable.

Il faut croire, d'après cela, que le virus pneumonique peut posséder un degré d'activité propre extrêmement variable, et que, par conséquent, les causes occasionnelles qui modifient le terrain organique, ont sur le développement du germe pathogène, une influence encore plus grande que dans les autres maladies microbiennes.

Cette théorie, qui met d'accord l'observation clinique avec les résultats expérimentaux, a été développée très heureusement par le professeur Jaccoud. Dans sa forme la plus atténuée, qui est aussi la plus commune, le pneumocoque paraît être un de ces germes répandus partout, comme le sont beaucoup de ferments, capables même de se fixer dans la cavité buccale et dans les voies aériennes, et d'y vivre sans donner lieu à aucun trouble, tant que la résistance vitale des organes est intacte. Mais s'il survient une lésion accidentelle des organes pulmonaires, telle qu'un coup de froid, une contusion, qui détermine des troubles circulatoires et nutritifs un peu accentués, aussitôt le terrain de culture devient favorable, et le microbe qui sommeillait se met à pulluler avec une rapidité inouïe. Ainsi se développent les pneumonies ordinaires, qui sont sporadiques et sonvent liées, au moins en apparence, à quelque perturbation de l'atmosphère.

Mais dans certains cas exceptionnels, et sous l'influence de causes encore mal connues, le pneumocoque peut acquérir une virulence excessive; alors il n'a plus besoin qu'une circonstance accidentelle, en altérant la résistance organique, lui facilite l'entrée; à l'égal des germes les plus infectieux, il frappe tous ceux qui s'exposent à ses atteintes, et en se propageant dans le corps de ses victimes, il arrive à se transmettre directement d'un individu à un autre. Ainsi en est-il dans les épidémies, souvent citées, de village, d'école, de prison, et dans les faits, rares mais indiscutables, de pneumonie transmise par contagion, successivement à deux, trois, quatre personnes. C'est alors aussi que le pneumocoque ne borne plus son action au poumon, mais se répand dans tout l'organisme (pneumonie infectante), se fixe dans une série de points, comme la plèvre, le péricarde, les méninges, les valvules cardiaques, et y détermine des lésions dont l'analyse anatomo-pathologique révèle l'étroite parenté avec le processus d'hépatisation fibrineuse du poumon.

Parfois, comme l'ont montré Leyden, Foà et Uffreduzzi, Netter, les manifestations extra-pulmonaires peuvent être primitives, et même rester isolées; l'infection pneumonique se traduit alors exclusivement par une méningite, une endocardite végétante-ulcéreuse, etc. Dans ces faits, il est difficile d'admettre que le point de départ soit dans le poumon intact : Cornil a suggéré une hypothèse vraisemblable en montrant que les amygdales, les fosses nasales, les trompes d'Eustache, pouvaient servir d'habitat au pneumocoque; celui-ci pourrait gagner directement les méninges par la voie lymphatique, et, dans le fait, Foa et Rattone ont pu déterminer expérimentalement des méningites par inoculation du microbe dans les fosses nasales. Faut-il généraliser cette théorie? Faut-il croire, avec Netter, que la méningite cérébro-spinale épidémique, si souvent accompagnée de pneumonie, peut être, comme la méningite sporadique, le résultat de l'invasion du pneumocoque? La réponse à cette question n'est pas encore faite, mais la détermination aujourd'hui si exacte du microbe de Fränkel, permet d'espérer qu'elle ne se fera pas longtemps attendre. (*A suivre.*)

DE L'ACÉTANILIDE.

PAR H. CHOUPPE.

Consulter dans la *Revue* :

Cahn, Hepp, Lépine, Aubert, Mouisset, Dujardin-Beaumetz, XXIX, 50; Bernheim, Riese, Snyers, Dujardin-Beaumetz, Marion, Grüneberg, Goetz, Revilliod, Secrétan, XXIX, 503.

Consulter, en outre, les travaux suivants :

SUR L'ANTIFÉBRINE, par **Krieger** (*Central f. klin. Med.*, n° 44, 1886). — ANTIFÉBRINE, par **Fraenkel** (*Deutsche med. Wochens.*, n° 44, 1886). — *Idem*, par **Stachiewicz** (*All. med. cent. Zeit.*, 20 *novembre* 1886). — *Idem*, par **Eisenhart** (*Münch. med. Wochens.*, n° 47, 1886). — SUL MECCANISMO DELL' AZIONIE ANTITERMICA DELL' ACETANILIDE, par **R. Feletti** (*Bolletino della Scien. med. di Bologna*, *décembre* 1886, *et Riforma med.*, 31 *mai* 1887). — RECHERCHES DE L'ACÉTANILIDE DANS LES LIQUIDES, par **Yvon** (*Journ. de pharm. et de chimie*, *janvier* 1887). — SUR L'ANTIFÉBRINE, par **Hubert** (*Corresp.-Blatt, f. schw. Aertze*, n° 1, 1887). — **Heizelmann** (*Münch. med. Wochens.*, n. 1 *et* 2, 1887). — **Kovaes** (*Orvosi Hetilap*, 1887). — **Sippert** (*Münch. med. Wochens.*, *mars* 1887). — **F. Mueller** (*Deutsch. med. Woch.*, 1887). — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DE L'ACÉTANILIDE, par **Weill** (*Thèse de Paris*, 1886, *et Tribune médicale*, *avril et mai* 1887). — EMPLOI DE L'ACÉTANILIDE DANS L'ÉPILEPSIE, par **Faure** (*Société de Biologie*, *juin* 1887). — ACTION RÉCIPROQUE DE L'ACÉTANILIDE ET DE CERTAINS POISONS CONVULSIVANTS, par **Bonnot** (*Soc. de Biol.*, *juillet* 1887). — DE L'ACÉTANILIDE, par **Lépine** (*Rev. de méd.*, n. 4 *et* 6, 1887). — SUR L'ALTÉRATION DU SANG PRODUITE PAR L'ACÉTANILIDE, par **Le Même** (*Société. de Biol.*, *juillet* 1887). — EMPLOI DE L'ACÉTANILIDE CHEZ LES PHTISIQUES, par **Caudwell** (*New York med. Record*, *avril* 1887). — EMPLOI DE L'ACÉTANILIDE CHEZ LES ENFANTS, par **Widowitz** (*Wien. medic. Wochens.*, *avril* 1887). — **Cesari et Buroni** (*Riforma medica*, 1887). — ACTION PHYSIOLOGIQUE DE L'ACÉTANILIDE, par **Laborde** (*Tribune médicale*, 1887). — ACTION DE L'ANTIFÉBRINE SUR LA TEMPÉRATURE A L'ÉTAT DE SANTÉ ET A L'ÉTAT DE MALADIE, par **A. Hare** (*Therap. Gazette*, *juin* 1887). — ÉTUDE CLINIQUE SUR L'ANTIPYRINE ET L'ANTIFÉBRINE, par **Walter Barr** (*Therap. Gaz.*, *juin* 1887). — ACTION DE L'ACÉTANILIDE SUR LE SANG, LA DURÉE DE LA RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE, par **A. Hénocque** (*Soc. de Biol.*, *juillet* 1887). — ÉTUDE SUR L'ACTION ANTIPYRÉTIQUE DE L'ANTIFÉBRINE, par **E. W. Ewans** (*Therapeutic Gazette*, *avril et juin* 1887). — UEBER ACETANILIDE, par **Herczel** (*Centralbl. f. med. Wiss.*, n° 30, *juillet* 1887). — ACÉTANILIDE DANS L'ÉPILEPSIE, par **Salm** (*Neurol. Centralb.*, n° 11, 1887). — DES MÉDICAMENTS ANTIPYRÉTIQUES, CONSIDÉRÉS COMME SÉDATIFS DU SYSTÈME NERVEUX, par **Dujardin-Beaumetz** (*Bull.*

méd., *n°* 48, 14 *août* 1887). — Osservazioni cliniche sull' antifebrina, **par Faldella et Butta** (*Gazz. med. di Torino*, 1887). — Sull'antifebrina, **par Chiaiso** (*Giorn. med. del eserc. e della marina*, *mai* 1887). — Contribution a l'étude de l'action physiologique et thérapeutique de l'acétanilide sur le système nerveux, **par Reyes y Sardina** (*Thèse de Paris*, 1887; *n°* 179). — Valeur thérapeutique de l'antifébrine, **par A. Matusofsky** (*Pester med. chir. Presse*, 1887; *n°* 28). — Action de l'antifébrine, **par J. Hovacs** (*Pester med. chir. Presse*, 1887; *n°* 28). — Antifébrine dans les maladies fébriles des enfants, **par Medowitz** (*Viener med. Wochens.*, *n°* 17, 1887). — Antifébrine, **par A. Fraenkel** (*Berliner klin. Wochens.*, *n°* 17, 1887). — Étude pharmaco-dynamique de l'antifébrine. **par Bokai** (*Pester med. chir. Presse*, *n°* 28, 1887).

Si l'acétanilide est un médicament nouveau, c'est cependant un corps connu en chimie depuis longtemps, puisqu'il a été découvert en 1845 par Gerhardt, mais, comme bien d'autres avant et après lui, il était resté sans usages quand Cahn et Hepp eurent l'idée d'étudier ses propriétés thérapeutiques. Depuis les premières publications, qui remontent à un an, les recherches se sont multipliées en Allemagne, en France, en Amérique, et aujourd'hui les mémoires un peu épars partout méritent d'être synthétisés. C'est sous le nom d'antifébrine que le corps qui nous occupe a été tout d'abord désigné par Cahn et Hepp, cette dénomination a prévalu en Allemagne; en France on préfère celle d'acétanilide, qui bien qu'elle ne soit pas irréprochable au point de vue de la nomenclature chimique, donne une idée sommaire de la composition du corps, et a au moins le mérite de ne pas le désigner par une seule de ses propriétés thérapeutiques et non pas par la plus importante.

I.

L'acétanilide se présente sous la forme d'une poudre blanche cristalline, assez légère. Un des plus grands obstacles qui s'oppose à son étude physiologique, c'est sa faible solubilité dans l'eau qui ne dépasse pas 1 0/0 à la température du sang. Elle est beaucoup plus soluble dans l'alcool, 1 p. 3,5 dans l'éther, 1 p. 6, dans le chloroforme 1 p. 7, d'après Weil. Elle fond à 105°, se volatilise sans altération à 292°. A chaud, elle est décomposée par les acides et les alcalis, et se dédouble en acide acétique et aniline.

L'acétanilide n'est autre chose que de l'aniline dans laquelle un atome d'hydrogène a été remplacé par le radical acétyle ou bien encore on peut la considérer comme de l'ammoniaque avec substitution d'un radical phényle et d'un radical acétyle à deux atomes d'hydrogène.

Parmi les procédés mis en usage pour préparer l'acétanilide, nous mentionnerons le suivant qui est le plus courant:

On mélange dans un ballon placé sur un bain de sable, et terminé par un serpentin refroidi, 240 parties d'acide acétique cristallisable et 372 parties d'aniline, on chauffe lentement jusqu'à ébullition que l'on entretient pendant quatre heures. On purifie alors l'acétanilide obtenue par des cristallisations successives.

Au point de vue de l'emploi thérapeutique, il était fort intéressant de pouvoir retrouver les traces d'impureté dans l'acétanilide du commerce, et aussi de constater, après absorption la présence de ce corps, dans les liquides de l'organisme. D'après S. Weill, il faut rejeter pour l'usage médical tout échantillon qui n'est pas parfaitement blanc, qui présente une odeur quelconque, et surtout qui donne avec l'hypobromite de soude un précipité jaune orangé, indice de la présence de l'aniline. Yvon indique pour la recherche de l'acétanilide dans les liquides organiques les deux procédés suivants. On agite le liquide avec du chloroforme, on évapore ce dernier dans une capsule, le résidu est chauffé avec un peu de protonitrate de mercure. On obtient alors une matière verte soluble dans l'alcool. On peut aussi agiter le liquide avec de l'éther, décanter, évaporer à sec. On verse sur le résidu quelques gouttes d'acide sulfurique pur, et on ajoute un cristal de bichromate de potasse. Il se forme un précipité rose caractéristique.

II

Le rôle physiologique de l'acétanilide a été, surtout en France, l'objet de travaux nombreux dont l'analyse et la comparaison permettent de préciser assez bien le mode d'action de ce médicament. L'influence de l'acétanilide sur l'homme à l'état sain, a été étudiée surtout par MM. Lépine et Weill. D'après ces auteurs, des doses modérées de 50 centigrammes à 1 gramme, dans les 24 heures, ne produisent que peu ou pas d'effet. Avec des doses plus élevées, de 2 à 3 grammes, Lépine a constaté souvent de la cyanose; pour lui, c'est un symptôme de peu d'importance. M. G. Sée croit que ce point ne saurait être ainsi négligé, et que pour le moins il mérite des recherches minutieuses. Lépine concluant du chien à l'homme, croit que des doses de 10 à 12 grammes par jour pourraient entraîner des accidents redoutables. Ce ne sont là que des notions encore bien vagues, mais qui se préciseront facilement par la généralisation de l'emploi de l'acétanilide chez les malades apyrétiques et dont les fonctions de nutrition sont normales.

C'est l'expérimentation sur les animaux qui seule a pu éclairer l'influence de l'acétanilide sur les diverses fonctions. Une remarque préliminaire doit être faite : l'acétanilide est peu soluble dans l'eau, ce qui rend son administration par la voie sous-cutanée et même intra-veineuse fort difficile. En second lieu, elle est irritante, au point que son absorption dans le tissu conjonctif est très entravée et qu'il importe de tenir compte des phénomènes locaux, surtout quand on expérimente sur des grenouilles. De plus, quand on injecte cette substance dans une veine, il se produit, ainsi qne l'a constaté M. Bonnot, une action immédiate sur l'endocarde; d'où résulte, dans certaines expériences, une syncope respiratoire immédiate, syncope qui est due à une action réflexe, et qu'il faudrait se garder d'attribuer, au moins à ce moment, à une influence directe de l'acétanilide sur le bulbe.

Ceci dit, nous allons voir ce qu'il y a de réellement connu dans l'action physiologique de cette substance.

Quand l'acétanilide est administrée à dose non mortelle, mais suffi-

sante pour amener un état de résolution complète (10 à 12 c. par kilogramme et par la voie intra-veineuse, Bonnot), on ne constate ni convulsions, ni tremblements, ni, en dehors du collapsus, aucun autre phénomène important; cependant Lépine a noté dans ces cas une salivation abondante.

La *température* a été plus spécialement étudiée chez l'homme et chez les animaux. Pour Cahn et Hepp, l'acétanilide est surtout un anti-thermique. Lépine, Weill, Laborde ont analysé cette influence. Pour eux, l'acétanilide à dose modérée modifie peu la température chez les sujets sains; mais chez les animaux, à dose suffisamment élevée, même quand il n'y a pas d'abaissement de la température centrale, il y a un refroidissement périphérique très appréciable. Ces auteurs pensent que l'acétanilide diminue la production de chaleur et modifie peu la déperdition par la peau; il en résulte que, chez les fébricitants, l'effet est beaucoup plus marqué que chez les apyrétiques.

L'acétanilide produit des effets remarquables sur le cœur.

D'après Lépine, on observe une accélération des battements, avec notable renforcement de leur énergie. La pression intra-vasculaire est en même temps augmentée de 4 à 6 centimètres de mercure. A une période plus avancée, ou avec des doses toxiques, on observe au contraire une diminution de l'énergie et de la fréquence des battements du cœur, accompagnée d'un abaissement de la tension intra-artérielle. En ce qui concerne les phénomènes vaso-moteurs périphériques, tout est encore à établir, puisque Lépine a constaté un échauffement passager des oreilles, chez certains chiens sous l'influence de cette substance, tandis que Weill a constaté sur le lapin le resserrement des vaisseaux de l'oreille. Ce dernier phénomène serait plus en rapport avec le refroidissement général périphérique signalé par Lépine, Cahn et Hepp, Laborde.

Conjointement avec les modifications circulatoires la respiration est troublée. On voit survenir de la dyspnée avec ralentissement de la respiration (Lépine). De son côté Bonnot a vu outre la syncope réflexe dont nous avons parlé plus haut, au début d'une injection dans le système veineux se produire de la dyspnée avec accélération qui est certainement due elle aussi, à cette période, à une action réflexe ayant son point de départ dans une excitation de l'endocarde.

L'action de l'acétanilide sur le système nerveux méritait d'être étudiée avec soin, puisque c'est d'elle que découlent à peu près toutes les indications thérapeutiques, à ce point de vue les travaux de Lépine, Weill, Laborde, Bonnot, sont des plus intéressants. Sous le rapport de l'influence générale sur le système nerveux, nous avons déjà signalé la résolution complète (Lépine, Bonnot), la somnolence qui se produit parfois chez l'homme sain avec des doses modérées. Lépine a noté également chez le chien et chez le cobaye quelques convulsions cloniques partielles mais qui n'ont rien de constant. En même temps la sensibilité semble très atténuée. Je sais bien qu'il ne faut pas attacher d'importance à cette expérience après laquelle la patte d'une grenouille, patte dans la quelle avait été faite l'injection, paraissait beaucoup moins sensible (Weill); il s'agissait évidemment là d'une irritation locale; mais au point de vue expérimentale il existe des preuves plus convaincantes. En premier lieu

les hémisphères cérébraux proprement dits ne semblent pas atteints si ce n'est quand surviennent des phénomènes asphyxiques; en dehors delà les animaux conservent leur intelligence et leur spontanéité, ils répondent aux excitations psychiques. Nous venons de dire que l'acétanilide semble à peu près sans action sur les nerfs périphériques, c'est donc dans son influence sur l'axe bulbo-médullaire que nous devons chercher l'explication des effets thérapeutiques obtenus.

Les réflexes semblent considérablement diminués (Weill). Mais l'influence sur les éléments bulbo-médullaires a été surtout bien mise en évidence par les recherches de M. Bonnot; cette expérimentateur a en effet fait voir que l'action de l'acétanilide est telle, à doses toxiques mais non mortelles, qu'elle empêche absolument les convulsions strychniques et nicotiniques. En effet dans les cas où il avait mis primitivement un chien sous l'influence d'une dose assez forte d'acétanilide, il a pu injecter dans les veines de l'animal des quantités mortelles de strychnine ou de nicotine, sans que le chien succombât. Cependant nous devons encore signaler une différence entre ces deux expériences; dans le cas de la strychnine, il y a eu des convulsions atténuées, il est vrai, mais évidentes, tandis qu'avec des doses considérables de nicotine, il ne s'est rien produit comme phénomène convulsif. Or, la nicotine est surtout un poison bulbaire et la strychnine agit presque exclusivement sur la moelle épinière, il semble donc que l'acétanilide localise plus spécialement ses effets dans la moelle allongée. Ces conclusions sont celles qu'ont tirées MM. Laborde et Weill de leurs tracés. Tout porte donc pour le moment à conclure que l'acétanilide agit sur la substance grise de l'axe bulbo-médullaire et surtout sur les parties supérieures. Nous ajouterons cependant qu'il y a là bien des détails à élucider.

Au même rang que l'influence sur le système nerveux, vient se placer l'action de l'acétanilide sur le sang. Nous avons déjà dit que chez l'homme, à dose un peu élevée l'acétanilide provoque de la cyanose des extrémités et de la face : pourquoi cette cyanose, et quelle en est la valeur? Lépine et Aubert avaient déjà constaté que cette substance transforme l'oxyhémoglobine en méthémoglobine. Weill était arrivé aux mêmes résultats. Depuis, Herczel, Lépine et surtout Henocque ont, par de nouvelles recherches, bien éclairé ce point important de la question. Pour Lépine chez les chiens fortement intoxiqués, il n'y a pas de diminution du nombre des globules rouges, mais quand l'usage du médicament est prolongé, il se produit une véritable oligoglobulie. Hénocque grâce à des recherches hématoscopiques, a pu constater : que l'acétanilide diminue la quantité d'oxyhémoglobine du sang et qu'elle la transforme en méthémoglobine. En même temps, il y a diminution de l'activité des échanges, de façon qu'avec une quantité faible d'oxyhémoglobine, l'activité des échanges peut être diminuée de moitié. Ces phénomènes coïncident toujours avec l'apparition des accidents de cyanose.

L'urine prend après l'absorption de l'acétanilide une coloration différente de celle qu'on observe avec le phénol. D'après Mueller, l'urine ne contient jamais alors de matière colorante du sang. Jamais jusqu'ici on n'a pu retrouver l'acétanilide en nature dans l'urine (Weill, Mueller).

M. Lépine a également étudié l'action de l'acétanilide sur la nutrition

et sur les microbes. Pour lui, à moins de doses toxiques jamais l'acétanilide n'abaisse le rapport de l'azote de l'urée à l'azote total. Il a également constaté que l'acétanilide agit médiocrement sur les microbes; cependant elle n'est certainement pas dénuée d'un certain pouvoir antiseptique et ce qui semble contribuer à le prouver c'est la valeur inégale de son action thérapeutique dans certain nombre de maladies infectieuses.

Le pouvoir toxique de l'acétanilide a été fort discuté, nous rappelerons donc qu'il faut prendre pour point de départ son influence sur le sang et son action dépressive sur l'axe spinal. Cependant nous devons ajouter, d'après Lépine et Weill, que l'acétanilide amène souvent la mort des petits animaux par le refroidissement extrême et qu'on peut éviter la mort en les réchauffant artificiellement.

III.

Tel est l'ensemble des connaissances acquises sur l'acétanilide; c'est évidemment sur ces données que doivent être basées les indications thérapeutiques, nous devons reconnaître cependant que les premiers essais ont été empiriques et qu'actuellement encore les indications ne sont pas toujours suivies avec rigueur, que surtout on n'a pas assez tenu compte de l'influence de ce médicament sur le sang. Quoiqu'il en soit du reste nous ne pouvons que citer l'un après l'autre les résultats obtenus par les auteurs dans les différents cas où le médicament a été employé. Les malades peuvent se diviser en deux catégories; les fébricitants et les nerveux.

C'est comme antithermique que Cahn et Hepp ont d'abord conseillé l'acétanilide, c'est contre l'élément fièvre que l'ont administrée presque tous les auteurs en Allemagne et en Amérique. On se proposait d'obtenir l'abaissement de la température et les résultats paraissent avoir répondu à l'espérance. L'acétanilide, en effet, et cela résulte de la plupart des observations, produit chez les fébricitants une diminution très notable de la température centrale. D'après Lépine, l'acétanilide diminue le rayonnement de la peau chez l'homme fébricitant; comme en même temps elle abaisse la température centrale, il faut en conclure qu'elle diminue la production de chaleur. Elle atténue et fait disparaître le dicrotisme du pouls.

C'est dans la fièvre typhoïde que Cahn et Hepp, Lépine, etc., ont dès le principe employé l'acétanilide et semblent en avoir obtenu de bons résultats au point de vue thermique. Lépine a publié un assez grand nombre d'observations et il déclare ne pas s'inquiéter de la cyanose. MM. G. Sée et Dujardin-Beaumetz, au contraire, paraissent avoir été moins satisfaits de l'usage de l'acétanilide et y avoir à peu près renoncé dans ces cas. Walter Barr, A. Hare, Ewans vantent au contraire l'emploi de l'acétanilide. Enfin Lépine croit que c'est surtout dans les deux premiers septenaires de la dothiénentérie qu'elle doit être administrée.

Dans le rhumatisme articulaire aigu l'acétanilide a été employée par Cahn et Hepp. Lépine, Dujardin-Beaumetz, Weill qui tous trouvent ce

médicament inférieur dans cette affection, au salicylate de soude et à l'antipyrine.

Dans les états fébriles, érysipèle (Sippert), phthisie pulmonaire (Caudwell), l'acétanilide semble avoir produit de bons résultats. Lépine a administré ce médicament dans deux cas de malaria bien confirmée et semble avoir obtenu des résultats à peu près analogues à ceux qu'aurait donné la quinine. Signé (de Montpellier) qui a échoué a employé des doses beaucoup moins fortes que celles de Lépine.

Mais c'est surtout dans les affections nerveuses avec douleur ou phénomènes convulsifs qu'on a depuis quelque temps fait usage de l'acétanilide. Lépine, Cahn et Hepp, Salm, Herczel, Dujardin-Beaumetz ont publié sur ce sujet de nombreuses observations. L'idée d'employer l'acétanilide dans ces conditions est surtout basée sur ce fait que cette substance produit une dépression très marquée des fonctions bulbo-médullaire. Lépine l'a conseillée avec succès dans les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice, il a cependant échoué dans les crises gastriques. Weill rapporte des faits du même genre. Son pouvoir sédatif a été utilisé pour combattre des névralgies, notament des sciatiques rebelles. Dans un cas de chorée (Lépine) l'effet a été beaucoup moins marqué qu'avec le chloral à doses massives. Des expériences faites dans le service de M. Charcot conduisent jusqu'ici aux mêmes conclusions.

Dans le traitement de l'épilepsie les résultats sont bien plus controversés. Dujardin-Beaumetz a publié des faits favorables, Lépine cite un cas de petit mal dans lequel les accès ont été diminués d'une manière très appréciable par l'administration prolongée de ce médicament. Depuis cette époque Salm, Faure ont au contraire rapporté des cas d'insuccès complet. Sans vouloir se prononcer d'une manière absolue il faut cependant reconnaître que chez les malades de Faure les accès de grand mal paraissent avoir été plutôt augmentés que diminués.

Les indications et les contrindications de l'acétanilide ne sont pas jusqu'ici assez précisées pourqu'on puisse donner des règles; cependant il semble résulter des observations publiées qu'il faut ne jamais prescrire de doses un peu élevées quand on a affaire à un sujet chez lequel on pourrait craindre du collapsus, par exemple chez les phtisiques (Caudwell, Lépine). Quoiqu'il semble se produire un certain degré d'accoutumance à la suite des doses répétées d'acétanilide, les malades de Deny, Faure, suivis sous ce rapport avec le plus grand soin par Hénocque permettent de dire qu'il n'en est pas toujours ainsi. Du reste Lépine lui-même, après avoir insisté sur ce que la méthémoglobinhémie produite par l'acétanilide ne s'accompagnait pas de la destruction des hématies, a reconnu depuis qu'il n'en est plus ainsi quand l'usage du médicament est un peu prolongé. D'après Hénocque l'hématoscopie permet d'analyser l'action de l'acétanilide. Quand la cyanose apparait il faut suivre avec le plus grand soin la diminution des échanges et de l'oxyhémoglobine.. Il sera prudent d'arrêter le traitement lorsque le sang sera descendu à 8 0/0 d'oxyhémoglobine avec une activité au-dessous de 0.50. Il faut de plus, d'après le même auteur, tenir compte de ce fait que, chez les épileptiques, l'activité des échanges est ordinairement faible, la durée de réduction est habituellement au-dessus de la normale et que

l'acétanilide agissant dans le même sens ne parait pas à *priori* pouvoir donner de résultats favorables.

Les doses d'acétanilide varieront certainement avec l'effet cherché et la susceptibilité des sujets puisque, d'après Lépine, la cyanose serait surtout due à une prédisposition individuelle. Cependant il faut savoir que pour certains auteurs les doses que nous allons citer sont trop faibles et devraient être augmentées mais avec prudence (Krieger). Cahn et Hopp avaient dès le début indiqué que le pouvoir antithermique de l'acétanilide était quatre fois supérieur à celui de l'antipyrine; c'est de cette donnée que sont partis tous les auteurs. Cependant de nouvelles recherches ont permis de dire que cette proportion n'était pas absolument rigoureuse. Ainsi la quantité d'acétanilide qui équivaudrait au point de vue antithermique à 1 gramme d'antipyrène, est de 0 gr. 40 pour Krieger de 0gr,50 pour Mouisson. En résumé il faut administrer l'acétanilide par doses de 25 ou 50 centigrammes répétées de quatre en quatre heures jusqu'à effet cherché, à moins qu'il n'y ait de contrindications. Lépine a pu en suivant ces règles faire prendre 3 grammes d'acétanilide à ses malades. Ajoutons que c'est surtout en ce qui concerne les effets nerveux qu'il faudrait connaître la posologie de l'acétanilide et que cela n'est pas fait.

Cette substance, étant peu soluble, ne peut guère être administrée qu'en poudre. Cependant M. Dujardin-Beaumetz parait être arrivé à la faire supporter facilement unie à l'élixir de Garus.

En dehors de la cyanose, on n'a cité qu'un cas d'empoisonnement. Le fait a été signalé par Quast (*Kansas city med. Index*) chez un malade qui avait pris 20 centigrammes toutes les deux heures pendant une journée; la mort survint le soir dans le collapsus avec cyanose.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1887.

A

Abcès. — Des abcès pulsatiles de la région précordiale, par Malet. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Abcès entre la rate et le diaphragme avec abcès pyémiques secondaires dans le foie, par Griffiths. (*Cambridge med. Soc.*, 6 mai.) — Abcès intra-médullaire consécutif à une tumeur dermoïde congénitale, par Dubreuil. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 mars.) — Abcès ossifluent à grains riziformes, nature tuberculeuse de ces grains, par Reverdin et Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juin.) — Traitement d'un abcès non tuberculeux par les injections d'éther iodoformé. Guérison, par Trélat. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 99-102.) — Les injections d'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids, par Holstein. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Abcès pelviens guéris par la section abdominale, par Milne Chapman. (*Edinb. med. Journ.*, p. 605, janvier.)

Abdomen. — De l'hyperthermie locale dans quelques affections abdominales, par Basevi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 19.) — Diagnostic différentiel de quelques tumeurs abdominales, par Börner. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 129.) — Tumeur vasculaire de l'ombilic ; hémorragie ; guérison, par Colombe. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 mai.) — Épithélioma de l'ombilic, développé aux dépens d'un diverticule intestinal ; omphalectomie ; guérison, par Tillaux. (*Ann. de gynécol.*, juin.) — La laparotomie doit-elle être faite pour les plaies pénétrantes de l'abdomen, intéressant les viscères, par Nancrede. (*Amer. surg. Assoc.*, 11 mai.)

Accouchement. — L'anatomie du bassin au point de vue du mécanisme de l'accouchement, par J. Veit. (Stuttgart.) — Traité d'obstétrique, par Paul Zweifel. (Stuttgart.) — La pratique obstétricale ; manœuvres et opérations à l'amphithéâtre, par Crouzat. (In-18, *Paris*.) — Sur le rôle du médecin dans l'accouchement normal, par Rauzier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 26.) — La meilleure façon de garantir le périnée de la femme pendant l'accouchement, par D. Berry Hart. (*Edinb. med. Journ.*, p. 589, avril.) — Peut-on influencer le mécanisme du travail par la pression externe sur l'échancrure sacro-sciatique ? par King. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Antéversion et antéflexion de l'utérus pendant le travail ; période d'expulsion, par Remy. (*Arch. de tocologie*, 31 mai.) — Étude médico-légale de la syncope pendant l'accouchement, par Moritz Freyer. (Berlin.) — Traitement du travail dans les bassins rétrécis, par Longaker. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — Emploi du bandage abdominal dans la seconde période de l'accouchement, par Cheves Bevill. (*Therap. Gaz.*, p. 177, mars.) — Note sur la présentation dans 75 accouchements, avec remarques sur les déli-

vrances occipito-postérieures, par Miles. (*Cincinnati obst. Soc.*, 10 mars.) — Extraction de la tête dernière. Revue critique, par Léon Gautier. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 150.) — Considérations pratiques sur les présentations de la face, par Hamon de Fresnay. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, juin.) — Présentation de l'épaule, par Hepitis. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.) — Le mécanisme de la troisième phase du travail ; causes de la rétention des membranes, par Champneys. (*London obst. Soc.*, 6 juillet.) — Céphalématome dans un cas de présentation du siège, par Bastaki. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.) — Un cas d'obstétrique ; complications sérieuses causées par une indigestion, par White. (*Med. News*, 7 mai.) — Sur une cause de rétention des membranes, par Dentu. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — Sur une des conditions de la première inspiration et sur la situation de la tête chez les nouveau-nés, par C. Andersson. (*Nordiskt med. Arkiv*, fasc. 2, n° 6.) — Accouchement provoqué par la dilatation manuelle du col et du vagin chez une primipare, par Saint-Clair. (*Boston med. Journ.*, 6 janvier.) — Version par manœuvres mixtes, par Auvard. (*Bulletin méd.*, 29 juin.) — Du mal de Pott au-dessous de la moelle chez les enfants et de ses conséquences au point de vue de l'accouchement, par Mme Conta. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Accouchement dans un cas d'atrophie musculaire très avancée des parois abdominales ; application du forceps, par Fleischmann. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 50, 1886.) — Deux cas d'étranglement spontané des membres, par Buicli. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.) — Considérations pratiques sur la fausse couche, par Hamon de Fresnay. (*Bull. Soc. méd. d'Anvers*, mai.) — Sur un nouveau cas de dystocie pelvienne, par Hamon de Fresnay. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, avril-mai.) — Avortement à cinq mois ; extraction artificielle du délivre incarcéré ; rétablissement sans encombre de la malade, par Hamon de Fresnay. (*Le Praticien*, 18 juillet.) — Bassin oblique ovalaire ; accouchement prématuré provoqué ; version céphalique avec manœuvres externes pour une position transverse du fœtus, par Talini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 32.) — Contribution à l'étude de l'embryotomie et des conditions qui la nécessitent dans les présentations latérales, par Frascani. (In-8°, *Pise*.) — Viburnum prunifolium, ses indications en obstétrique, par Monclar. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) — L'antisepsie en obstétrique, par Litthauer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 449.) — Des antiseptiques en obstétrique, par W.-L. Richardson. (*Boston med. Journ.*, 27 janvier.) — De l'asepsie en obstétrique, par Vinay. (*Lyon méd.*, 3 juillet.) — De l'antisepsie en obstétrique, par Kaltenbach. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 295.) — De l'antisepsie obstétricale, par Bokelmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 octobre 1886.) — De l'eau chaude en obstétrique, par Lorain. (In-4°, *Nancy*.) — Accouchement normal ; huit injections vaginales avec solution de sublimé à 1/2000 pendant les suites de couches ; mort, par Berthod. (*Gaz. méd. de Paris*, 7 mai.) — Valeur du biiodure de mercure comme antiseptique en obstétrique, par Bernardy. (*Americ. journ. of obst.*, juillet 1886.) — Lit obstétrical enregistreur, par Chassagny. (*Lyon méd.*, p. 292, 26 juin.)

Actinomycose. — Étude sur l'actinomycose de l'homme, par Mayer. (*Prager med. Woch.*, n° 20.) — Un cas de mycose broncho-pulmonaire, par Waugh. (*Philad. med. Times*, avril.) — De l'actinomycose, par Redard. (*Deut. Monats. f. Zahnheilk.*, mai.) — Premier cas d'actinomycose, par Sommer. (*Riv. int. di med. e chir.*, n° 2.) — Un cas d'actinomycose chez le porc, par Johne. (*Deut. Zeit. f. Thiermed.*, XIII, 2.)

Adénome. — Hydradénomes éruptifs, par Jacquet et Darier. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 5.)

Air. — Air raréfié, par Rollet. (*Province méd.*, 21 mai.)

Albuminurie. — De l'albuminurie physiologique, par Leube. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 1.) — Sur la présence ou non d'albuminurie dans l'urine des sujets qui ont des troubles de la circulation sanguine, par Livierato. (*La Riforma med.*, 8 juillet.) — Les diverses formes d'albuminurie rencontrées dans l'urine; leurs réactifs; recherches qualitatives et quantitatives, par Grainger Stewart. (*Edinb. med. Journ.*, p. 969, mai.) — Globuline et globulose, par Kuhne et Chittenden. (*Zeitschrift f. Biol.*, XXII, p. 409.) — Sur les peptones, par Kuhne et Chittenden. (*Ibid.*, XXII, p. 425.) — L'albuminurie transitoire dans les catarrhes intestinaux aigus, par Singer. (*Soc. méd. de Prague*, 7 janvier.)

Alcool. — Influence de l'alcool sur la pepsine, par de Nesslern. (*Thèse de Paris*, 7 juin.)

Alcoolisme. — Des conditions de la responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés, par Vétault. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Aliénation. — Les asiles d'aliénés non clos d'Écosse, par Siemerling. (*Berliner klin. Woch.*, p. 47, 17 janvier.) — Expérience acquise à l'asile de Dalldorf, relativement à la question du placement des aliénés criminels, par Moeli. (*Ibid.*, p. 46, 17 janvier.) — Première statistique décennale de l'asile d'aliénés de Saint-Urbain, par Fetscherin. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 1, p. 17, 1er janvier.) — Loi suédoise sur les aliénés de 1883 (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 409.) — Influence de l'âge des parents sur le caractère des délinquants, des fous et des sujets normaux, par Marro. (*Arch. di psichiatria*, VII, n° 3.) — Impulsions, amnésies, responsabilité chez les aliénés, par Blaise. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Contagion de la folie, par Legrain. (*Soc. de psychol. physiol.*, 27 juin.) — La paranoia, délires systématisés et dégénérescences mentales, par Séglas. (*Arch. de neurol.*, mai.) — La paranoia secondaire, par Tonnini. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 1.) — Un cas de folie morale congénitale en rapport avec l'épilepsie, par Brunati. (*Arch. italiano per le mal. nerv.*, fasc. 1.) — Basse température chez les aliénés, par Sighicelli. (*Arch. italiano per le mal. nerv.*, fasc. 1.) — Folie à double forme. Observation reproduite d'après Hoffmann (1740). (*Ann. méd. psych.*, mai.) — Quelques cas de folie circulaire; une guérison, par Edward B. Lane. (*Boston med. journ.*, 20 janvier.) — Comment on doit construire et organiser les asiles d'aliénés, par Brown. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Sur le traitement des aliénés il y a soixante ans, par Rorie. (*Ibid.*, avril.) — Un cas de folie morale, par Geoghegan. (*Ibid.*, avril.) — Cas de masturbation; folie des masturbateurs, par Spitzka. (*Ibid.*, avril.) — Folie et épilepsie homicides, par Albertotti. (*Arch. di psychiatria*, VII, 2.) — L'incendie et le vol chez les fous, par Busdraghi. (*Ibid.*, VII, 2.) — Folie de la convalescence de la pneumonie, par Mairet. (*Bulletin méd.*, 10 juillet.) — Aliénation pendant la grossesse, par Cleland. (*South Australian Branch*, 28 avril.) — Folie puerpérale, par Fernald. (*Amer. journ. of obst.*, juillet.) — L'uréthane chez les aliénés, par Sighicelli. (*Arch. per le malat. nervose*, juillet.)

Alimentation. — Alimentation des prisonniers, par Schaerer. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, p. 172, 15 mars.) — L'alimentation par les lavements d'œufs et de peptones, par Ewald. (*Zeit. f. klin. Med.*, VII, 5 et 6.) — Note sur l'alimentation par les lavements d'œufs et de peptones, par Pflueger. (*Ibid.*, XIII, 1.) — L'alimentation artificielle, par G.-D. Hays. (*New York med. Journal*, p. 121, 29 janv.) — Du café du Soudan fourni par le fruit alimentaire du houlle dans l'Afrique équatoriale, par Heckel et Schlagdenhauffen. (*Journ. de pharm.*, 1er juillet.)

Amnios. — Contribution à l'histoire de l'hydramnios, par R. Wilson. (*Arch. de tocolog.*, 15 juin.)

Amputation. — Sur la nature et la valeur des progrès récents dans les amputations des membres, par Trélat. (*Acad. des sciences*, 6 juin.) — Sur les moignons d'amputés obtenus par la méthode de Celse, par Mollière. (*Lyon méd.*, p. 182, 5 juin.) — Conicité physiologique du moignon, par Bruyelle. (*Thèse de Paris,* 26 juillet.) — Désarticulation du bras, seize ans après une fracture de l'humérus par arme à feu, par J.-L. Reverdin. (*Revue méd. Suisse romande,* p. 48, janvier.) — Nouvelle méthode d'amputation ostéoplastique de la jambe, par Tauber. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIV, 2.) — Désarticulation du genou, par Poignon. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — De la désarticulation du genou, par Heydenreich. (*Rev. méd. de l'Est,* 1er novembre.)

Amygdale. — De l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, par Baratoux. (*Journ. de méd. de Paris*, 26 juin.) — Le traitement des amygdales hypertrophiées par le galvano-cautère, par Knight. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 26 mai.) — Une épidémie d'amygdalite exsudative chez les enfants, par Thomas-F. Raven. (*The practitioner*, p. 316, avril.) — Sarcome primitif de l'amygdale ; mort (deux cas : chez un garçon de 17 ans et un homme de 50), par Gray Croly. (*Acad. of med. Ireland*, 22 avril.) — De l'hémorragie après l'amygdalotomie, par Zuckerkandl. (*Med. Jahrbüch.*, Heft 6.)

Anatomie. — L'anatomie pathologique et la physiologie de Morgagni, par F. Falk. (*Berlin.*) — Contribution à l'anatomie et à la physiologie pathologique, par Ziegler et Nauwerck. (t. Ier, *Iéna*, 1886.) — Cours d'anatomie normale du corps humain, par G. Broesike. 1re partie : ostéologie, syndesmologie et myologie. (*Berlin.*)

Anémie. — Atrophie des glandes gastriques ; ses rapports avec l'anémie pernicieuse, par Kinnicut. (*Assoc. of Americ. physic.*, 3 juin.) — L'anémie pernicieuse, par Lichtheim. (*Congrès de Wiesbaden ; Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 365.) — Cinq cas d'anémie pernicieuse, par Asta-Buruaga. (*New York med. Journal*, p. 7, 1er janvier.)

Anesthésie. — Persistance du chloroforme dans les tissus après la mort, par Severi. (*La Riforma med.*, 30 juin.) — Analgésie chloroformique, par Drouet. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — L'anesthésie par le protoxyde d'azote, par Hillischer. (*Soc. des méd. de Vienne*, 21 mai.) — Chloroforme et forceps, par Free. (*Med. News*, 11 juin.) — Les anesthésiques administrés pendant le travail ne favorisent pas l'hémorragie post-puerpérale, par Fordice Barker. (*Boston med. journ.*, 10 février.) — Anesthésie locale et cautérisation ignée, emploi du chlorure de méthyle, par Bailly de Chamblis. (*Soc. de thérap.*, 22 juin.) — L'action anesthésiante locale des dérivés du benzoyle, par Filehne. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 février.) — Sur l'action anesthésique du méthyle chloroformé, par Dubois et Roux. (*Acad. des sciences*, 31 mai.) — Adaptation de la méthode de Corning pour l'anesthésie par la cocaïne pendant les opérations sur les paupières, par Webster. (*New York med. Record*, 5 mars.)

Anévrisme. — Anévrisme de l'artère cérébrale moyenne gauche, par Verco. (*South Australian Branch*, 28 avril.) — Anévrisme aortique amélioré par l'iodure de potassium, par Katzenbach. (*New York med. Journ.*, p. 12, 1er janvier.) — Anévrisme de l'aorte thoracique traité par la galvanopuncture, par Obelar. (*El Siglo med.*, 27 février.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte ; compression du tronc innominé ; pouls de la carotide et

de la radiale droites plus petit qu'à gauche, avec complication variant suivant l'intensité des mouvements respiratoires, par VINCENZO CAMMARERI. (*Rivista clinica di Bologna*, p. 127, février.) — Anévrisme de l'aorte ascendante et de la crosse de l'aorte d'origine syphilitique, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 30 juin.) — Sur un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique traité par les courants électriques à l'extérieur, par BALP. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 6.) — Présentation d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, traité par la méthode de Moore, par CHARMEIL. (*Lyon méd.*, p. 361, 10 juillet.) — Anévrisme de l'aorte abdominale traité par l'iodure et le repos ; amélioration, par DANA. (*Assoc. of americ. physic.*, 2 juin.) — Influence de la position dans le traitement des anévrismes, par MACKIE. (*Brit. med. journ.*, 16 juillet.) — Traitement des anévrismes : 1° un sous-clavier, repos, compression, introduction de fines aiguilles, ligature de l'axillaire, injections de perchlorure, mort ; 2° anévrisme fémoral, guéri par flexion de la hanche et du genou, par RICHARDSON. (*Americ. surg. Assoc.*, 12 mai.)

Angine. — Un mot d'historique sur la théorie artérielle de l'angine de poitrine vraie, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, 14 juillet.)

Angiome. — Un cas de nævus congénital énorme, par VAN PLANNER. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 2.)

Anomalies. — Les anomalies des reins et leurs rapports avec les anomalies de la colonne vertébrale, par MARCHESE. (*Bull. d. Acad. med. di Roma*, n° 1.) — Anomalie de rapports de l'artère obturatrice, par E. ROCHARD. (*Arch. méd. nav.*, mai, p. 380.) — Anomalies congénitales de l'œil et de l'oreille, par SIMEON SNELL. (*The practitioner*, p. 261, avril.) — Anomalie anatomique du périnée, par SMITH. (*Med. News*, 7 mai.) — Rein unique dans le petit bassin ; ectopie et atrophie des deux ovaires placés le long de la colonne vertébrale ; absence de l'utérus et du vagin, par GUELMI et CINISELLI. (*Annali universali di med.*, janvier.)

Anthrax. — Du traitement médical de l'affection furonculeuse, par GINGEOT. (*Arch. de clin. et thérap.*, 28 avril.)

Anthropologie. — L'indice iléopelvien ou indice sexuel du bassin dans les races humaines, par SERGI. (*Acad. med. di Roma*, 23 janv.) — Liste des appareils anthropométriques fabriqués par la compagnie scientifique de Cambridge. (*Broch., Cambridge.*) — Aperçu sur les races humaines de la vallée du Nil, par HAMY. (*Bull. Soc. d'anthrop.*, IX, 1.) — La carte de l'indice céphalique, par CARBO. (*Rev. d'anthrop.*, 15 mai.) — La carte de l'indice céphalique des Italiens, par TOPINARD. (*Ibid.*, II, 3.) — Quelques mots sur la splanchnologie des races humaines, par CHUDZINSKI. (*Ibid.*, II, 3.) — Les pygmées des anciens d'après la science moderne, par DE QUATREFAGES. (*Acad. des sciences*, 13 juin et in-12, *Paris.*) — Craniologie comparative des Indiens de l'Amérique du Nord ; le crâne des Apaches, par SHUFELDT. (*The journ. of anat.*, juillet.) — Les types brun et blond au point de vue de la santé, par DE CANDOLLE. (*Rev. d'Anthrop.*, II, 3.)

Antiseptique. — Observations sur la préparation des solutions antiseptiques de sublimé, par VICARIO. (*Bull. de thérap.*, 30 mai.) — Les antiseptiques dans la pratique privée, par GERSTER. (*New York med. Journ.*, p. 365, 2 avril.) — Les antiseptiques sont-ils nécessaires dans la pratique chirurgicale et obstétricale ? par BENTON. (*Ibid.*, 1er janvier.) — L'iodoforme est-il antiseptique ? par TILANUS. (*Münch. med. Woch.*, n° 17.) — La méthode antiseptique de la clinique chirurgicale de Zurich, par KROENLEIN. (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 1er février.)

Anus. — Colotomie lombaire, par THOMSON. (*Acad. of med. in Ireland*, 20 mai.) — La paracolotomie et colotomie lombaire, par BALL. (*Ibid.*, 20 mai.) — De l'opération de la fistule à l'anus par la ligature élastique, par DOUSSIN. (*Poitou méd.*, 1er juillet.) — Des imperforations anorectales ; exposé d'un nouveau procédé opératoire, par MAÎTRE. (*Thèse de Lyon*, n° 363.)

Aorte. — Athérome de l'aorte et sclérose du myocarde, par PERNICE. (*Arch. d. scienze med.*, XI, 1.)

Appareils. — Appareil pour déterminer l'angle de torsion de l'humérus, par MATTHEWS. (*The journ. of anat.*, juillet.) — Note sur l'hypnoscope d'Ochorovicz, par GRASSET. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er avril.) — Représentation graphique des oscillations du levier galvanométrique au moyen de la photographie, par J.-R. TARCHANOFF et PARCHOMENKOFF. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 352.) — Nouvel odographe à papier sans fin, par MAREY. (*Acad. des sciences*, 6 juin.) — Le sphygmomanomètre et ses applications à la pratique, par S. VON BASCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.) — Nouveau compte-gouttes, par WOLFFBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, XLVI, p. 419.) — Microscope nouveau destiné aux inspecteurs de viandes trichinées, par JACOBSON. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 419.) — Étuve pour cultures, par VIGNAL. (*Ann. de l'Instit. Pasteur*, n° 4.) — Sur une plaque destinée à faciliter la suture métallique, par MARC SÉE. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 847-848.) — Méthode d'application du plâtre de Paris, par ILLINGWORTH. (*Provincial med. journ.*, avril.) — Table d'opération et charriot à pansements de l'hôpital Pennsylvania, par MORTON. (*Med. News*, 25 juin.) — Une nouvelle table d'opération avec système d'écoulement au centre, par HAGEDORN. (*Cent. f. Chir.*, n° 28.) — Appareil pour la désinfection des instruments chirurgicaux et appareils de pansement, par REDARD. (*Gaz. des hôp.*, 28 juin.) — Appareil pour le soulagement de la crampe des écrivains, par DANA. (*New York neurol. Soc.*, 3 mai.) — L'appareil à attelles de carton et de bois pour fractures du membre inférieur, par EMMERT. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, p. 50, 15 janvier.) — Pessaire pour l'urétrocèle, par MAC LEAN. (*Obst. Soc. of New York*, 15 mars.) — Nouveau brayer à pelote mobile, par APOLANT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 42, 17 janvier.)

Artère. — Étude anatomo-pathologique et clinique du rétrécissement généralisé des artères, par PRIOLEAU. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, par DUREY-COMTE. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Rétrécissement de l'artère pulmonaire, par GRANCHER. (*Gaz. des hôp.*, 16 juin.) — Note sur l'endothélium des petites artères cérébrales, par JONES. (*The journ. of anat.*, juillet.) — Plaie de l'artère intercostale, par CACCIOPPOLI. (*Gli incurabili*, n° 4.)

Articulation. — Scapulalgie suppurée, rapidement guérie par les injections d'éther iodoformé, par GRYNFELT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 26.) — L'articulation de l'épaule dans ses relations avec certaines luxations et certaines fractures, par FRANCIS-M. CAIRD. (*Edinburgh med. journ.*, p. 708, february.)— Blessure rare de l'articulation du coude, par STECHOW. (*Deut. milit. Zeit.*, p. 97, février.) — Les résultats définitifs du traitement mécanique des affections de la hanche ; analyse de 51 cas, par SCHAFFER et LOVETT. (*New York Acad. of med.*, 5 mai.) — Pronostic des coxalgies, par MOLLIÈRE. (*Province méd.*, 25 juin.) — Deux autopsies de coxalgiques, par CHABRELY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 avril.) — Quelques observations d'hydarthrose traitée par les vésicatoires et les applications mercurielles, par FARSSAC. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Traitement de

l'hémarthrose du genou par ponction antiseptique, par Bondesen. (*Cent. f. Chir.*, n° 3.) — Traitement mécanique des affections du genou, par Stillmann. (*New York med. Journ.*, p. 37, 8 janv.) — Déplacements dans l'intérieur de l'articulation du genou (luxation des cartilages semi-lunaires du genou, par W. Scott Lang. (*Edinb. med. journ.*, p. 523, 718, 790, 1er décembre 1886 ; février et mars 1887.) — Corps mobile intra-articulaire du genou ; arthrotomie antiseptique ; guérison, par E. Rochard. (*Arch. de méd. navale*, n° 7.) — Un cas d'exostose cartilagineuse intra-articulaire du genou, par Ehrhardt. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Difformité de l'articulation métatarsophalangienne du gros orteil, par Voigt. (*Brit. med. journ.*, 16 juillet.) — De l'arthrotomie dans les cas de corps mobiles des articulations; trois cas, par Schulten. (*Finska läkaresall. handlingar*, juillet.)

Asthme. — De l'asthme : origine, symptômes, traitement, par Bauer. (*Berlin.*) — Asthme héréditaire accompagné de lésions de la muqueuse nasale ; amélioration considérable produite par le traitement local, par Luc. (*Journ. de méd. de Paris*, 10 avril.) — Thérapeutique de l'asthme bronchique d'origine nasale, par B. Raaf. (Bonn, 1886.) — De l'asthme des foins et de son traitement par les eaux du Mont-Dore, par Emond. (*Bull. de thérap.*, 30 mai.) — Prophylaxie de la fièvre des foins, par S.-O. Richey. (*Chicago med. journ. and examiner*, déc. 1886.) — Quelques cas de fièvre des foins avec complications, par J.-E. Logan. (*Kansas City med. Record*, oct. 1886.) — De l'asthme des foins, par Roe. (*New York med. Record*, n° 23.)

Astigmatisme. — A propos de la notation uniforme de l'astigmatisme et des verres cylindriques, par Armaignac. (*Annales d'oculist.*, mai-juin.)

Autoplastie. — Observations sur les restaurations de la face, par Auffret. (*Bull. de la Soc. du Cher*, XIII, p. 11.) — Deux cas d'autoplastie faciale ; cheiloplastie supérieure et inférieure ; rhinoplastie totale par lambeau frontal, par A. Scarenzio. (*Ann. univ. di medicina*, vol. CCLXXV, 1886.) — Autoplastie par voie d'échange, par Keetley. (*Lancet*, 19 février.)

B

Bains. — Traité méthodique de balnéothérapie, par Julius Braun. 5e édition, par B. Fromm. (*Brunswick.*)

Bec-de-lièvre.—Sur la relation du système dentaire avec la fissure alvéolaire dans le bec-de-lièvre latéral complexe de la lèvre supérieure, par Rossi. (*Thèse de Paris*, 25 juillet).

Béribéri. — Qu'est-ce que le béribéri ? par Stevens. (*Boston med. journ.* n° 24.) — Du béribéri à Asjeh (*Nederl. tig. v. Genesk.*, n° 25.) — Sur le béribéri, par Weintraub. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 23, p. 753.) — Du béribéri, par Adriani. (*Nederl. milit. gen. Arch.*, n° 1.)

Biliaires (Voies). — Diagnostic de la lithiase biliaire considérée en dehors de l'accès de colique hépatique, par Alison. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Biologie. — Antagonisme cellulaire, par Gregory. (*Med. News*, 11 juin.)

Blennorragie. — Sebastianus Petritius, sur la blennorragie, par Gluck. (*Monast. f. prakt. Dermat*, VI, n° 14.) — La blennorragie, par Rusconi.

(*Gaz. d. Ospit.*, n° 33.) — Contribution à l'étude du gonococcus, procédé de culture, par LOBER. (*Bull. méd. du Midi*, juin.)—Rapport du gonococcus de Neisser avec quelques manifestations para-blennorragiques, par AUDRY. (*Ann. de Dermat.*, VIII, 7.)—De l'infection blennorragique chez la femme, par SINCLAIR. (*Med. chronicle*, VI, n° 2.) — Sur la réaction du pus blennorragique, par AUBERT. (*Lyon méd.*, 3 juillet.) — Deux cas d'endocardite blennorragique, par VELDEN. (*Münchener med. Wochens.*, n° 11.) — Rhumatisme blennorragique chez la femme, par HARTLEY. (*New York med. Journ.*, p. 376, 2 avril.) — De l'arthrite blennorragique, par BOUCHARD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars.) — De la phlébite dans le rhumatisme blennorragique, par MARTEL. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Pathologie et traitement de la blennorragie chronique, par OBERLAENDER. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 3.) — Etudes expérimentales sur la pathologie et la thérapeutique de la blennorragie, par LEOPOLD CASPER. (*Berlin. klin. Woch.*, 774, 31 janvier.) — De l'essence de Wintergreen dans le traitement du rhumatisme blennorragique, par TAYLOR. (*Assoc. of genito. urin surgeons*, 17 mai.)

Bouche. — Stomatite ulcéro-membraneuse, par DESCROIZILLES. (*Gaz. des hôpit.*, 7 juillet.) — Forme d'inflammation des lèvres et de la bouche, parfois suivie de mort, ordinairement accompagnée d'affection cutanée, par HUTCHINSON. (*London royal med. chir. Soc.*, 11 juin.)

Branchie. — Tumeurs branchiales du cou, par LANELONGUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 mars.)

Bronches. — Bronchite capillaire chez un emphysémateux ; asystolie, asphyxie ; heureux effets de la saignée, par PETER. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 avril.)—Traitement de la bronchite aiguë, par CLAUD MUIRHEAD. (*Edinb. med. Journ.*, p. 577, janvier.) — La broncho-pneumonie pendant la grossesse, par BERTAUX. (*Rev. gén. de chir.*, 7 juillet.) — Bronchectasie traitée par l'excision des côtes et le drainage, par STEWART. (*Edinburgh med. chir. soc.*, 6 juillet.)

Brûlure. — Du pronostic des brûlures chez les enfants, par JOULIARD. (*Arch. des mal. de l'enf.*, mai.)—Traitement des brûlures, par MOSETIG-MOORHOF. (*Wien. med. Presse*, n° 2, p. 49.)

C

Cancer. — Dénutrition dans la cachexie cancéreuse, par MUELLER. (*Berl. klin. Woch.*, 11 oct. 1886.) — Contribution au traitement du cancer, par JACUBASCH. (*Berl. klin. Woch.*, 13 déc. 1886.) — Notes sur le traitement du cancer, par COLLINS WARREN. (*Boston med. journ.*, 17 fév.)

Cartilage. — Sur la bande articulaire, la formation cloisonnante et la substance chondromatique des cartilages diarthrodiaux, par RENAUT. (*Acad. des sciences*, 31 mai.) — De la structure du cartilage hyalin, par THIN. (*Proceedings of the royal Society*, XXXVIII.)

Cellules. — De l'existence des phases kariokinétiques dans les corpuscules de la cornée et de leur importance dans l'étude de l'inflammation, par CANALIS. (*Accad. d. sc. di Torino*, XXII, fasc. 12.) — De la scission indirecte des cellules de la glande sous-maxillaire à la suite d'irritation, par

Canalis. (*Accad. di med. di Torino*, 17 juin.) — De la karyokinèse, par Marfan. (*Bull. méd.*, 31 juillet.) — Cellules et tissus, par Leydig. (*Bonn*, 1885), 219. — De l'immunité et de la phagocytose, par Christmas-Dirkinck-Holmfeld. (*Fortschritte d. Med.* V, n° 13.)

Cerveau. — Anatomie du cerveau et de la moelle, par Whittaker. (In-12, *Édimbourg.*) — Quelques mots sur l'anatomie topographique externe des circonvolutions cérébrales, par Falcone. (*Riv. clin. di Bologna*, mai.) — L'origine du corps calleux, étude des commissures cérébrales chez les vertébrés, par Osborn. (*Morphol. Jahrb.*, XII.) — Sur quelques points de l'histologie de la moelle allongée, du pont de Varole et du cervelet, par Hollis-W. Ainslie. (*Journ. of anat. and physiol.*, XIX.) — Recherches sur l'avant-mur et le noyau amygdalien. (*Intern. Monasts. f. Anat. und Histol.*, II, p. 245.) — Sur la structure intime des éminences bigéminées antérieures chez l'homme, par Tartuferi. (*Arch. ital. per le malatie nervose*, 1885, fasc. I.) — Les myélocytes et l'organe de la pensée, par Golgi. (*Arch. di psichiat.*, VII, 2.) — La circulation cérébrale, par Wagner. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 avril.) — Sur une variété rare des artères de la base du cerveau, par Decker. (*Sitz. d. phys. med. Gesell. zu Würzburg*, p. 38, 1886.) — Effets de l'anémie totale de l'encéphale et de ses diverses parties, étudiés à l'aide de la décapitation suivie des transfusions de sang, par Hayem et Barrier. (*Arch. de physiol.*, 1er juillet.) — Leçons sur les fonctions motrices du cerveau (réactions volontaires et motrices) et sur l'épilepsie cérébrale, par François Franck. (In-8°, 600 p., *Paris.*) — Physiologie de la région motrice de la substance corticale du cerveau, par Bechterew. (*Arch. slaves de biol.*, III, n° 2.) — Les troubles moteurs du cerveau, par F. Franck. (*Rev. scientif.*, 18 juin.) — Modifications cérébrales amenées par des influences physiques, par Friedrich Richter. (*Berl. klin. Woch.*, 28 fév.) — Des mouvements oculaires à la suite de l'excitation localisée du cerveau, par Knoll. (*Sitz. d. k. Akad. zu Wien.*, oct. 1886.) — La cécité psychique, comme symptôme d'affection en foyer; ses rapports avec l'hémiopie homonyme, l'alexie et l'agraphie, par Herman Wilbrand. (*Wiesbaden.*) — Cécité verbale, par Bramwell. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 1er juin). — Sur une forme particulière d'aphasie de transmission pour la dénomination des couleurs, par H. Dor. (*Rev. d'opht.*, 30 avril.) — Rapport sur les localisations cérébrales, par Nothnagel. (*Cong. Wiesbaden, Deut. med. Woch.*, n° 17, p. 365.) — Etat de la question de localisation des fonctions, par Lisibach. (*Corresp.-Blatt. sch. Aerzte*, 1er février.) — Contribution à l'étude des lésions cérébrales localisées, par Seguin. (*Ass. of americ. phys.*, 3 juin). — Un cas de névrite optique avec symptômes cérébraux, par Friedenwald. (*New York med. Journ.*, p. 147, 5 fév.) — Note sur les hémorragies bulbaires dans les traumatismes cérébraux, par Pichon et Malfilatre. (*Encéphale* n° 3.) — Un cas de maladie cérébrale chez une femme enceinte, par R. L. Hodgdon. (*Boston med. jour.*, 20 janvier.) — De la phlébite aiguë des tissus de la dure-mère, par Fauvel. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Deux cas d'hémorragie et de congestion cérébrale déterminés par la saignée et le rapprochement sexuel, par Sorbets. (*Gaz. des hôp.*, 7 juil.) — Étiologie et pathogénie des hémorragies cérébrales spontanées, par Lœwenfeld. (*Broch. Wiesbade*, 1886.) — Contribution à l'anatomie pathologique de la couche corticale, par Futterer. (*Sitz. der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1886, p. 120.) — Traitements des paralysies et des contractures, par Rieger. (*Ibid.*) — Du traitement de l'insomnie par épuisement cérébral, par R. Reed. (*Journ of Amer. med. Assoc.*, 23 avril, p. 459.) — Contribution à la symptomatologie des affections du pont de Varole, par Mierzéjewski. (*Viest. nevrop. psych.*, 1885.) — Abcès du cerveau, suite d'otite, intervention, guérison, par Miller.

(*Edinb. med. chir. Soc.*, 1er juin.) — Porencéphalie postérieure de cause traumatique et épilepsie, par FRIGERIO (*Arch. di psichiat.*, VII, 2.) — Gliome cystique du lobe frontal gauche avec dégénérescence hyaline extrêmement prononcée de certains vaisseaux de la tumeur, par BYROM BRAMWELL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 616 et 619, janv. et fév.) — Tumeur du cerveau, crises épileptiformes, par HAMILTON. (*South Austral. Branch*, 28 avril.) — Sarcome de la pie-mère spinale. Myélite par compression. Trépanation à la base du cerveau. Mort, par SACCHI et ADERSEN. (*Riv. clin. e terap.* juin, p. 283.) — Tumeur cérébrale, sarcome, extirpation partielle. Mort, par LEO. (*N. York. neurol. Soc.*, 3 mai.) — Encéphalocèle de la région fronto-nasale. Opération. Autopsie, par CHABELY. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5 juin.)

Cervelet. — Du noyau denté du cervelet, par SACCOZZI. (*Riv. sper. di fren.* XIII, 1.)

Césarienne (Op.) — Opération césarienne, guérison, par LUSK. (*N. York. county med. Assoc.*, 18 avril.) — Opération de Porro-Müller pour une présentation de l'épaule gauche, par PARISH. (*Americ. journ. of obst.*, mai.) — L'opération césarienne et la craniotomie aux États-Unis, par TABER JOHNSON. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 169, 270, 324.) — Opération césarienne trois fois répétée, par TOUTANT. (*Poitou méd.*, 1er mai.) — La laparo-élytrotomie, par HEYDENREICH (*Semaine méd.*, 11 mai.) — De la laparo-élytrotomie, par GANZINETTI, (*Bull. méd.*, 1er juin.) — Opération de Porro, suivie de résultat heureux pour la mère et l'enfant, par SPENCER WELLS. (*Semaine méd.*, 8 juin.) — Mes travaux sur l'opération césarienne, par SAENGER. (*Americ. journ of obst.*, juin.)

Chancre. — Statistiques sur la fréquence comparée du chancre mou, par GREENOUGH. (*Assoc. of genito-urin. surgeons*, 17 mai.)

Charbon. — De la formation des spores du charbon, par LEHMANN. (*Münch. med. Woch.*, n° 24.) — De la force de résistance atténuée des spores du charbon, par HEIM. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 25.) — Des effets de la salaison sur la virulence de la viande de porc charbonneux, par PENCK. (*Acad. des sciences*, 1er août.) — Vaccination préventive du charbon, par WOOLDRIDGE. (*Proceed. of royal Soc.*, XLII, nos 253, 254.) — Du charbon, par KITT. (*Cent. f. Bacteriol.* I, n° 23.) — Le traitement de la pustule maligne et de l'anthrax, par CAMERA. (*Morgagni*, juillet.)

Cheveux. — L'hygiène de la chevelure, par FOLEY. (*New York med. journ.* p. 406, 9 avril.)

Chimie. — Sur la formation de la xanto-créatinine dans l'organisme, par MONARI. (*La Riforma med.*, 23 mars.)

Chlorose. — Essai de diagnostic différentiel entre la chlorose et les maladies qui peuvent la simuler, par PERSILLARD. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.)— Des rapports de la chlorose chez la femme avec la scrofule et la tuberculose, par DELABORDE. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Leçon sur la chlorose, par DE RENZI. (*La Riforma med.*, 1er juin.) — Un cas de thrombose des sinus dans la chlorose, par BOLLINGER. (*Münch. med. Woch.*, n° 16.)

Choléra. — Sur le choléra qui a régné à Toulouse en 1854 et 1885, par JOUGLA. (*Rev. méd. de Toulouse.* 1er mai.) — Le choléra au Chili, par CARLOS HUEBNER. (*Berl. klin. Woch.*, 14 mars.) — Le choléra, origine, nature et prophylaxie, par OTTO RIEDEL. (*Berlin.*) — Sur une épidémie loca-

lisée de choléra due à l'eau et au lait consommés, par SIMPSON. (*Indian med. Gaz.*, n° 5.) — Un mot sur la question du choléra, par HIRSCH et réplique par DOENITZ. (*Berl. klin. Woch.*, n° 7 et 12.) — Les progrès accomplis dans la connaissance des causes du choléra, par FERD. HUEPPE. (*Ibid.* 28 févr. n° 107.)—Réaction chimique de la bactérie du choléra, par DUNHAM. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 2.) — De la valeur pratique des cultures sur plaques de Koch dans l'épidémie de choléra de Gênes, par ZAESLEIN. (*Deut. med. Zeit.*, n° 34.) — Questions relatives au choléra, par KEITH AIRD. (*Viertelj. f. ger. Med.*, XLVI, p. 328.) — Sur les altérations histologiques des organes et sur la présence dans ces organes du bacille virgule en cas d'infection cholérique, par TIZZONI et CATTANI. (*La Riforma med.*, 18 juil.) — Les injections sous-cutanées d'eau salée dans le choléra, par SAMUEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 3, p. 41.) — Physiologie pathologique et traitement du choléra, par PÉRONNE. (*Journ. de méd. de Paris*, 22 mai.) — De l'action de la poudre d'iodoforme sur le microbe du choléra, par BUCHNER. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.)

Chorée. — De la chorée, par NAUWERCK. (*Beit. zur path. Anat. u. Phys.*, I, p. 407.) — Relations saisonnières de la chorée, du rhumatisme, de la névralgie, par M. LEWIS. (*Journ. of Amer. med. Assoc.* 9 avril, p. 404.) — Parésie choréique, par ODDO. (*Marseille méd.*, 30 avril.) — Chorée traitée par l'arsenic, coloration bronzée de la peau, par OWEN. (*Cincinnati Lancet*, 4 sept. 1886.) — Chorée traitée par la cimicifuga racemosa, par FREE. (*Maryland med. journ.*, 11 sept. 1886.) — Utilité de la douche en pluie dans le traitement de la chorée, par MAZZOTTI. (*La Riforma med.*, 20 juin.)

Choroïde. — Sarcome mélanique de la choroïde, par SARTI. (*Riv. clin. di Bologna*, mai.) — Adénome de la choroïde, par PUECH. (*Journ. de med. de Bordeaux*, 27 fév.)

Chylurie. — La chylurie, par DE HART. (*New York med. Journ.*, p. 182, 12 fév.) — De la chylurie, par ROSSBACH. (*Congrès de Wiesbaden ; Deut. med. Woch.*, n° 18, p. 389.)

Cicatrice. — Cicatrisation et rétraction, par GAUDISSART. (*Arch. méd. belges*, avril.) — La cicatrisation sous le caillot sanguin humide, par E. MUELLER. (*Gaz. méd. de Strasbourg.*, 1er juin.) — Amélioration des cicatrices, par LASSAR. (XVIe *Cong. des chir. allemands.*) — Un cas rare de chéloïde, par NICOLAÏ. (*Soc. des méd. All. de New York*, 4 oct.) — Traitement des kéloïdes, par BROCQ. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 mai.)

Circulation. — Les modifications du pouls radial dans les diverses positions du corps, par SPENGLER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 253.)

Climat. — Les moyens de cure à Wildbad, par WILH. THEOD. VON RENZ (*Wildbad.*) — Traitement climatérique de la phtisie à Ashville et dans les montagnes de la Caroline du Nord, par T. M. LLOYD. (*N. York. med. journ.*, p. 399, 9 avril.)

Cocaïne. — La cocaïne, par FABBROVICH. (*Gaz. d. Osp.*, n° 38.) — L'action physiologique de la cocaïne, par DURDUFI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 172.) — Sur l'action physiologique de la cocaïne, par MOSSO. (*Reale accad. di Lincei; La Riforma med.*, 20 mai.) — De la cocaïne et de ses principales applications en thérapeutique, par DUCHESNE. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Des propriétés désinfectantes de la cocaïne, par LUTON, (*Union méd. du Nord-Est*, 11 juillet.) — Sur la cocaïne et la cocaïnine par SEIFERT. (*Sitz. d. phys. med. gesel. zu Würzburg*, p. 46, 1886.) — Sur les solutions de cocaïne dans la vaseline liquide médicinale, par BIGNON.

(*Bull. de thérap.* 30 mai.) — De la cocaïne dans la pratique chirurgicale, par Minkiewicz (*C. R. Soc. méd. du Caucase*, 1er déc. 1886.) — De la cocaïne dans la pratique chirurgicale (comme anesthésique local; relation de 12 cas, ongle incarné, lipome, kélotomie), par Tchernomordik. (*Vratch*, n° 1.) — La cocaïne pour l'anesthésie dentaire, par Telschow. (*Berl. klin. Woch.*, p. 62, 24 fév.)

Cœur. — Étude des cellules ganglionnaires du cœur, par Ott. (*Prager med. Woch.*, 18 mai.) — Sur la circulation coronaire du cœur, par Jaja. (*Riv. clinica di Bol.*, avril, p. 293.) — Relations physiologiques remarquables entre le cœur et le poumon, par V. Fleischl. (*Soc. de méd. de Vienne* 14 janv.) — Transposition du cœur chez un homme, par Schroetter. (*Soc. des méd. de Vienne*, 28 janv.) — De l'excitation du cœur par les courants galvaniques, par Magini (*Accad. med. di Roma*, 23 janv.) — Étude de la contraction du cœur brisé chez les animaux mammifères, par Waller et Waymouth Reid. (*Acad. des sc.*, 31 mai.) — Les causes de la défaillance cardiaque à de hautes altitudes, par Donaldson. (*Americ. climat. assoc.*, 31 mai.) — De l'affaiblissement cardiaque, son diagnostic, ses rapports avec les maladies du myocarde, par Pramberger. (*Wien. med. Presse*, n° 18, p. 609.) — Lésions cardiaques par surmenage musculaire, par Kelly. (*Med. News*, 30 avril.) — De quelques anomalies de l'impulsion cardiaque, par Murri. (*Il Morgagni*, août.) — État du myocarde dans l'artérite chronique des coronaires, par Letulle. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 juin.) — Obstruction par les valves cardiaques, bruits de souffle fonctionnels directs, par Guitéras. (*Assoc. of Americ. phys.*, 2 juin.) — Double lésion de l'orifice pulmonaire avec communication congénitale des deux ventricules cardiaques chez un phtisique de 25 ans, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 32, 10 janv.) — Bruits multiples du cœur, par P. Petruzzani. (*Lo Sperimentale*, février, p. 145.) — De l'examen physique dans l'insuffisance de la valvule aortique, par Marvulli. (*Riv. clin. e terap.*, août, 1886, p. 402.) — Sur un cas de rétrécissement de l'orifice tricuspidien accompagnant un rétrécissement mitral, par Leclerc. (*Lyon méd.* 19 juin.) — Sur les péricardites sèches de la base, par Vollier. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Endocardite ulcéreuse, par Linden. (*Finska läkar. sals.* n° 4.) — Notes sur la péricardite, par Baccelli. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 29.) — — Sur les relations de la phtisie pulmonaire avec les maladies du cœur, par Heftler. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Les médicaments du cœur, étude de médecine expérimentale; de l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé, par Favel. (*Thèse de Lyon.*) — Du pouls géminé comme guide dans l'administration de la digitale, par Duroziez. (*Acad. des scien.*, 1er août.) — Cœur gras, cœur faible, pseudo-angine de poitrine et autres états analogues traités par une nouvelle méthode, avec succès, par R. Bartholow. (*Med. News*, 23 avril.) — Le traitement d'Œrtel dans la surcharge graisseuse du cœur, par Kisch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 353.)

Conjonctive. — Le microbe pathogène de la conjonctivite catarrhale aiguë, par Wecks. (*New York med. Record*, n° 21.) — De la conjonctivite diphtéritique, par Coutances. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.) — Tuberculose primitive de la conjonctive chez une fille de 14 ans, par Verrey. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 159.) — Tuberculose de la conjonctive, par Reuss. (*Soc. méd. de Vienne*, 22 avril.)

Contagion. — De la prophylaxie des maladies transmissibles, par Martin (*Bull. méd.*, 24 juillet.)

Coqueluche. — Étude de la coqueluche, par Ricci. (*Raccoglitore med.*, n° 14.)

Pneumocèle, suite de coqueluche, par ADLER. (*Berl. klin. Woch.*, 14 fév. Deux observations de vertige laryngé dans la coqueluche des vieillards, par THERMES. (*Journ. de méd. de Paris*, 19 juin.) — Pathologie et traitement de la coqueluche, par VOGEL. (*Congrès de Wiesbaden, Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 390.) — Traitement de la coqueluche, par LABBÉE. (*Soc. de thérap.*, 25 mai.) — Narcéine dans la coqueluche, insuccès, par ELLIOT. *Journ. of Americ. assoc.*, 22 janv.)

Cordon ombilical. — De la déchirure du cordon ombilical et des hémorragies consécutives, par SEYDEL. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 297.)

Cornée. — De la kératite bulleuse, par AYRES. (*The Amer. of ophth.*, mars.) — De la kératite sympathique, par DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — De la kératite interstitielle, par LAVERGNE. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — Origine hérédo-syphilitique de la kératite interstitielle, par TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, VIII, 7.) — De l'irido-choroïdite suppurative dans le leucome adhérent de la cornée, par DESPAGNET. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Des hémorragies de la cornée et de leur diagnostic par GALEZOWSKI. (*Recueil d'ophtalm.*, avril.) — Action du chlorure d'éthylène sur la cornée, par DUBOIS et ROUX. (*Acad. des sc.*, 27 juin.) — De l'emploi de l'eau chaude dans quelques inflammations de la cornée et de la conjonctive, par FRYER. (*Trans. of the Amer. ophth. Society*, XXII, p. 242.)

Corps étrangers. — Corps étranger, épingle dans le larynx, par LANGMAID. (*Amer. laryngol. assoc.*, 28 mai.) — Corps étranger des bronches (os de veau) rejeté par la bouche au bout de deux mois, à la suite de nombreuses hémoptysies, par LAZARUS. (*Berl. klin. Woch.*, p. 13, 3 janv.) — Extirpation d'un corps étranger des fosses nasales, par STUCKY. (*Amer. practit.*, 5 mars.) — Corps étrangers de l'oreille externe, par LEVRAT. (*Province méd.*, 25 juin.) — Un morceau d'ambre dans l'oreille, par ZIEM. (*Monat. f. Ohrenh.*, n° 5.) — Des corps étrangers de la face, par BÉRENGER-FÉRAUD. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin.) — Corps étranger du canal de Sténon, par WRIGHT. (*Soc. clin. de New York*, 17 déc. 1886.) — L'extraction des corps étrangers de l'œsophage avec l'instrument de Carletti, par BERTI. (*La Rassegna di sc. med.*, mai.) — Corps étrangers du rectum, par GUISAN (lime à 30 centimètres) et par BUMAN (pierre à aiguiser au niveau de l'ombilic.) (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 47.) — La découverte des masses métalliques dans les tissus par la balance d'induction et le téléphone, par GIRDNER. (*New York med. Journ.*, p. 393, 9 avril.)

Cou. — Un cas d'inflammation du tissu cellulaire profond du cou, par ANDREW LYALL. (*Edinb. med. Journ.*, p. 715.)

Crâne. — La méthode antiseptique et les fractures du crâne, par NOGUÈS. (*Gaz. hebdom.*, 8 juil.) — Deux cas de fracture du crâne avec dépression des fragments, par OLIVIER-H. HOWE. (*Boston med. Jour.*, 24 mars.) — Fracture du crâne avec rupture de la branche antérieure de la méningée moyenne, guérison, par WILSON. (*Weekly med. review*, 18 sept. 1886.) — Fracture du pariétal gauche avec déchirures de l'artère méningée moyenne, aphasie, hémiplégie droite de la face et de l'avant-bras, parésie du membre inférieur, trépanation, guérison, par KOEHLER. (*Berl. klin. Woch.*, p. 13, 13 janv.) — Fracture des os du crâne avec pénétration de fragments, par DELSALLE. (*Bull. Soc. méd. d'Anvers*, juin.) — Fracture de la voûte du crâne et de la voûte orbitaire, paralysie du bras du même côté, mort, par LANSCIAL. (*Journ. des sc. méd.*, *Lille*, n° 4.) — Chute sur

la tête; enfoncement du frontal, troubles consécutifs de l'intelligence et de la motilité, par Ed. Bugnion. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 210.) — De la polyurie permanente dans les fractures de la base du crâne, par Berri. (*Lo Sperimentale*, n° 5.) — Des symptômes pupillaires après les blessures du crâne, par Hutchinson. (*Ophth. Review*, VI, n° 66, p. 97.) — Abcès intra-cranien, craniotomie exploratrice, trépanation à l'angle inféro-antérieur du pariétal gauche, par Ceci. (*Boll. de Accad. med. di Genova*, II, n° 3.) — Trois cas intéressants de plaies de tête, par Perry. (*Brit. med. Journ.*, 2 juil.)

Criminalité. — Sentimentalité des criminels, par Lindau. (*Arch. di psichiat.*, VII, 2.)

Cristallin. — Rupture du globe avec luxation incomplète du cristallin dans la chambre antérieure. Réduction du cristallin et guérison avec une certaine vision, par Randall. (*Trans. of. the Am. ophth. Soc.*, XXII, p. 195.) — Opération de cataracte; iridectomie et sclérotomie et considérations pratiques sur le nouveau couteau proposé par T. Galli, par Mantovani. (*Riv. clin. e terap.*, juin, p. 290.) — Troubles psychiques après une opération de cataracte, par Kretschmer. (*Cent. f. prakt. Augenh.*, avril.) — Cataracte étoilée corticale antérieure et postérieure des deux yeux avec état stationnaire, par Guaita. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 7.) — Cataracte pointillée post-typhoïque, par Fontan. (*Recueil d'ophtalm.*, avril.) — Cataracte noire des deux yeux; extraction avec guérison, par Bonagente. (*Boll. d'ocul.* 1er avril.) — Extraction difficile d'une cataracte; mort au 5e jour; examen de l'œil, par Noyes. (*Transact. of the Americ. opht. Soc.*, XXII, p. 328.) — Des progrès récents réalisés dans l'opération de la cataracte avec la statistique des opérations pratiquées depuis juin 1873 jusqu'à la fin de décembre 1886, par Copper. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 5 avr.) — Dernières modifications apportées à l'opération de la cataracte, par Warlomont. (*Arch. méd. belges*, avril.) — Traitement des cataractes congénitales molles par l'extraction linéaire simple opposée à la discission, par Rivière. (*Thèse de Paris*, 16 juin.)

Croissance. — De quelques accidents de croissance, par Petit. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Cysticerque. — Sur les cysticerques de l'œil observés à la clinique de Palerme, par Vincentius. (*Riv. int. di med. e chir.*, n° 2.) — Deux cas de cysticerque sous-conjonctival, par Tornatola. (*Gior. int. d. sc. med.*, n° 5.)

D

Démographie. — La diminution de la mortalité, par Bertillon. (*Rev. sc.*, 25 juin). — Étude sur les naissances en France, en 1885, par Mondière. (*L'homme*, n° 2). — L'influence des médecins praticiens sur le mouvement de la population, par Paul Zweifel. (*Stuttgard.*)

Dent. — La dentition est-elle une cause de maladies, par Wythe Cook, (*Amer. Journ. of obst.*, juin.). — Éruption vicieuse des dents de sagesse supérieures, par Castex. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 juin. — Deux tumeurs rares des dents, par Wendle et Humphreys. (*The Journ. of anat.*, juillet.)

— Sur une fausse dent d'Hutchinson, déformation professionnelle chez un cordonnier, par MOREL-LAVALLÉE. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 5.)

Désinfection. — Des moyens et des méthodes de désinfection, par HERING (In-8°, *Berlin*). — De la désinfection de la sentine des navires, par CHAUMERY. (*Revue d'hyg.*, IX, 202.) — De la désinfection des instruments chirurgicaux et des objets de pansement, par REDARD. (*Bull. Soc. chir.*, XIII, p. 247-250.)

Diabète. — Pathogénie du diabète, par AUBEL. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De la glycogénèse dans le diabète sucré, par SPALLITTA. (*La Riforma med.*, 22 juin.) — Douleurs spinales et diabète, par HŒSSLIN. (*München: med., Woch.*, n° 49, 1886). — Du diabète sucré, par V. MORING. (*Congrès de Wiesbaden; Deutsch. med. Woch.*, n° 19, p. 414.) — Nouveaux faits pour servir à l'histoire des lésions histologiques du rein dans le diabète sucré, par STRAUS. (*Arch. de physiol.*, 1er juillet.) — Du phimosis diabétique; plaie gangréneuse de la jambe d'origine diabétique, par FREDET. (*Rev. de clin. et thér.*, 4 mai.) — Les diabétides, par FOURNIER. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 mars.) — Gangrène spontanée de la verge chez un diabétique, par VAQUEZ. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 7.) — Du diabète insipide dans la grossesse et le travail, par M. DUNCAN. (*Obst. Soc. London*, 6 juillet.) — Du traitement moderne du diabète, par MAYER. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, avril-mai.) — De l'emploi du bromure de potassium dans le diabète sucré, par THOMINET. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — De la médication opiacée belladonée dans le diabète sucré et la polyurie nerveuse, par SPILLMANN et PARISOT. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.)

Diarrhée. — Épidémie de diarrhée amenée par les gaz d'égout, par J.-M. WILSON et discussion. (*Sanitary Record*, n° 352, p. 327, janvier).

Digestion. — Action des infusions sur la digestion peptique et pancréatique, par FRASER. (*Journ. of anat. and phys.*, XXI.) — Influence de la bière sur la digestion salivaire et gastrique, par HARE. (*Med. News*, 11 juin.)

Diphtérie. — Traité de la diphtérie par V. COZZOLINO. (Vol. I, *Naples.*) — Étiologie de la diphtérie, transmission par les poussières atmosphériques, influence des fumiers, des dépôts de chiffon, ou de paille; rôle de la volaille préalablement infectée, par TEISSIER. (*Acad. des sciences*, 6 juin.) — De la présence des champignons de la moississure dans ses rapports avec la diphtérie, par TAYLOR. (*Lancet* I, n° 19.) — De la nécessité de l'isolement prolongé dans la diphtérie, par DAUCHEZ. (*Journ. de méd. de Paris*, 22 mai.) Epidémie de diphtérie à Tronchiennes, par KLUYSKENS. (*Ann. et Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, déc. 1886.) — Différenciation de la diphtérie et du croup membraneux, par W.-A. MORRIS. (*Southern. med. Record.*, 20 nov. 1886.) — Croup et diphtérie, par SCHRŒTTER. (*Allg. Wiener med. Zeit*, 28 juin.) — Observation de diphtérie transmise de la gorge à l'œil et réciproquement, par GILLET DE GRANDMONT (*Journ. de méd. de Paris*, 8 mai.) — Croup primitif. Extension à la trachée. Guérison (chez un adulte), par O. ROSENBACH. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 135.) — Sur un cas de diphtérie secondaire chez un enfant de 17 mois, guérison, par WEIL. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.) — Des paralysies diphtéritiques et de leur traitement, par SCHOLZ. (*Broch. Berlin.*) — Indication, méthode et traitement consécutif de la trachéotomie et de la diphtérie, par SCHRAKAMP. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — L'iodol dans la diphtérie, par STAMBO. (*C. R. Soc. de Vilna*, n° 5.) — Nouveaux essais de vaporisation d'eucalyptus dans la diphtérie, par BONAMY (*Bull. de thér.*, 30 avril.) — Les mercuriaux dans la diphtérie, par ELOY. (*Gaz. hebd. de méd.*, 24 juin.) — Traitement de la diphtérie, par GUELPA. (*Journ. de méd. de Paris.*)

E

Eau. — Examen bactériologique des eaux naturelles, par DE MALPERT-NEUVILLE. (In-8°, *Paris.*) — Recherches bactériologiques sur les eaux potables, par ROTH. (*Wiertelj f. ger. Med.*, XLVII, 1.) — Des bactéries pathogènes dans l'eau potable, par KRAUS. (*Arch. f. Hygiene*, VII, 2.) — Des micro-organismes dans les eaux de Seltz artificielles et recherches comparées sur la teneur en bactéries des eaux de canalisation de Berlin et des eaux distillées, par HOCHSTETTER. (*Arbeit. aus dem kais. Gesundh.*, II, 1 et 2.) — Le régime des eaux potables à Paris, par LÉON COLIN. (*Revue d'hyg.*, février.) — L'eau potable et la fièvre typhoïde, par ALLIN. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — De l'eau dans l'étiologie de certaines épidémies; des divers procédés de stérilisation, par AMAT. (*Gaz. méd. de Paris*, 21 mai.) — Sur le choix d'une station d'eau à l'étranger, par FIERCKING. (*Journ. of hydrotherap.*, n° 1.) — Analyse des eaux potables de la place de Givet et du fort de Charlemont, par MALJEAN. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — Examen bactériologique de l'eau fournie à Sydney, par KATZ. (*Proceed. Linnean Soc. of New-South Wales*, I, 3, p. 907.) — Résultats de l'examen des échantillons d'eau à Rudolstadt, par WOLFFHUEGEL. (*Arbeiten aus dem kais. Gesundh.*, II, 1 et 2). Les eaux livrées à la consommation dans Paris, par O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XVIII, 5 janvier.) — De l'application dans les petites villes du système d'épuration des eaux d'égouts par le sol, par JAMES BATEMAN. (*Sanitary Record*, n° 352, p. 304, janvier). — Désinfection des eaux d'égout, par BECKER. (*Deut. Viertelj. f. Gesundh.*, XIX, 2.)— L'épuration des eaux d'égout, par RICHARD. (*Revue d'hyg.*, IX, 229.) — La nouvelle usine d'épuration des eaux d'égouts de Londres, à Barking. (*Sanitary Record*, n° 352, p. 310, janvier.) — Défauts de la législation anglaise sur l'infection des cours d'eau par les résidus industriels et urbains, par C. E. SAUNDERS et discussion. (*Ibid.*, p. 343 et 363, février). — L'infection de la Tamise par les eaux d'égout au-dessus des prises d'eau potable de Londres. (*Ibid.*, n° 353, p. 354, février.)— Etude sur l'eau oxygénée au point de vue médical, par DESMOULINS. (*Thèse de Lyon*, n° 362.)

Eaux minérales. — Les eaux minérales de Nenndorf, par JOH. RIGLER. (*Berlin.*) — Influence des eaux minérales salines sur les échanges organiques, par LONDON. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 1). — Composition chimique et température des eaux sulfureuses de Luchon; les appareils d'inhalation de Frébault, par SERRAND. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juillet.) — Action physiologique et thérapeutique des eaux sulfurées sodiques alcalines d'Ax-sur-Ariège, par AUPHAN. (*Broch. Toulouse.*) — Quelques considérations sur l'action physiologique des eaux d'Aix en Savoie, déductions pratiques par MONARD. (*Lyon méd.*, 22 mai). — Panticosa, ses sources, ses malades, par ANTONIO ESPINA DI CAPO. (*Madrid.*) — Les bains d'eaux minérales dans le traitement des maladies de peau, par COX. (*Journ. of hydroterap.*, n° 1.) — Emploi des sels et des eaux de Carlsbad dans quelques formes de bronchite chronique et d'asthme, par THOROWGOOD. (*Ibid.*, n° 1.) — Remarques sur l'emploi des bains et des eaux minérales dans le traitement des affections chroniques articulaires, par M. LITTLE. (*Journ. of therap.*, n° 1.) — La première découverte connue de sources d'eaux thermales, par PROSSER JAMES. (*Journ. of therap.*, n° 1). — Les eaux de Vichy dans le traitement de la goutte, par DURAND-FARDEL. (*Journ. of therap.*, n° 1.) — Application de la médication thermale sulfureuse à Cauterets dans quelques modes et

états congestifs généraux et locaux, par Sénac-Lagrange. (*Bull. de thér.*, mai.) — Étude de posologie hydrominérale rationnelle dans les troubles de la respiration et de la circulation, par Lahillonne. (*Broch. Paris.*) — De l'entérite chronique et de son traitement par les eaux minérales de Pougues, par Bovet. (*Broch. Paris.*) — Note sur les eaux minérales d'Auvergne, par Boyd. (*Acad. of med. in Ireland*, 27 mai.) — Communication sur les eaux du Boulou, par J. Massot. (*Broch. Perpignan.*)— Sur le traitement des hémorragies passives par les sources sulfatées sodiques de Marienbad, par Dobieszewski. (*Bull. de thérap.*, 15 mai.)

Éclampsie.— Le chlorhydrate de pilocarpine dans l'éclampsie, 4 observations par Strisovère. (*Méd. Obosrenie*, n° 20, 1886.) — Injections de pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale, par Finnis. (*South Austral. branch.*, 31 mars.)— Éclampsie grave au huitième mois de la grossesse. Provocation de l'accouchement. Cessation des attaques, guérison, par Chambrelent. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 mars.)

Eczéma. — Nouveau traitement pour l'eczéma récidivant, par Brooke. (*Brit. med. Journ.*, 30 juillet.) — De l'eczéma iodoformique, par Furst. (*Münchener med. Woch.*, n° 50, 1886.)

Électricité. — L'électricité en médecine, par H. von Ziemssen. (5e édition, complètement refondue, *Berlin.*) — Recherches sur l'action des courants galvaniques sur le cœur de la grenouille et sur le cœur des mammifères, par A. Neumann. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, p. 403.) — Action des courants galvaniques sur les larves de grenouille, par L. Hermann. (*Ibid.*, p. 414). — La méthode polaire d'électrothérapie en gynécologie, par Engelmann. (*Med. News*, 14 mai.) — Électricité dans la pratique gynécologique, par Graydon. (*Med. News*, 25 juin.) — De l'électrisation générale et locale avec les courants statiques ou franklinisation, par A. Eulenburg. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mars.) — Nouvelle batterie galvanocaustique, par Killian. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 310.)— Contribution à la méthode d'électro-diagnostic, par G. Gaertner. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 633, 1886.) — De l'électricité dans le traitement de l'insomnie, par Massey. (*Med. News*, 7 mai.)— Traitement des tremblements par le bain galvanique, par C. Paul. (*Soc. de thérap.*, 27 juillet.) — Sur les brûlures produites en électrothérapie, par Lauret. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 17.)

Éléphantiasis. — Éléphantiasis des organes génitaux externes chez une négresse, par Moseley et Morison. (*Med. News*, 23 avril.)

Embolie. — Embolie de l'artère vertébrale gauche. Autopsie, par F. Stuart. (*Journ. of Am. med. Ass.*, 2 avril 1887, p. 374.)

Embryologie. — Introduction à l'étude de l'embryologie, par Haddon. (*Londres.*)

Embryotomie. — Sur un nouvel embryotome rachidien, par Ribemont-Dessaignes. (*Ann. de gynécol.*, mai.) — Embryotomie dans la présentation de l'épaule, par Guzzoni. (*La Rassegna di sc. med.*, avril.) — Embryotomie, par Guéniot. (*Dict. encycl. des sc. méd.*)

Empoisonnement. — Que doit-on faire dans les cas d'empoisonnement? par Murrell. (5e édit., *Londres.*) — Étude sur les amnésies toxiques, par Cacarrié. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Empoisonnement par l'atropine, par Luff. (*Brit. med. Journ.*, 2 juillet.) — Sur l'arrêt du besoin de la morphine par la nitroglycérine associée à la spartéine, par Jennings. (*Broch. Paris.*)— La guérison de ma morphinomanie, par le Dr X... (*Berlin. klin.*

Woch., 7 février.) — Empoisonnement par une injection de cocaïne, par Howell Way. (*Med. News*, 30 avril.) — Un cas d'empoisonnement accidentel par la cocaïne, par H. Schnyder. (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 6, 15 mars). — Symptômes toxiques dus à la cocaïne, par Bullock. (*Boston med. Journ.*, 16 juin.) — Sur la karyokinèse des cellules épithéliales et de l'endothélium vasculaire du rein dans l'empoisonnement par la cantharidine, par Cornil et Toupet. (*Acad. des sc.*, 27 juin et *Arch. de phys.*, 1er juillet.) — L'intoxication chronique par le tabac et son influence sur le cœur et l'estomac, par Favarger. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 fév.)— De l'empoisonnement chronique par le tabac, par Favarger. (In-8°, *Vienne.*) Trente-deux cas d'empoisonnement par la racine du robinia pseudoacacia, par Emery. (*New York med. Journ.*, p. 92, 22 janv.) — Accidents toxiques causés par l'ingestion des fruits du jatropha curcas ou curcas purgans, par Perrin. (*Archiv. de méd. mil.*, juin.) — Empoisonnement par les baies de daphné mezereon, par Eagar. (*Brit. med. Journ.*, 30 juillet.)— De l'empoisonnement chronique par la toluyendiamine, par Stadelmann. (*Arch. f. exp. Pathol.*, XXIII, 5 et 6.) — Empoisonnement par le tyrotoxicon dans des soufflés à la crème, par Stanton. (*Lancet clinic*, 23 avril.) — Nouveaux faits d'accidents collectifs dus à la viande de bœuf crue, par Flinzer. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 105, janvier.) — Neuf cas d'accidents gastro-intestinaux à la suite d'ingestion de foie de veau, par Carl Lohmeyer. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 janvier.) — Un cas d'intoxication par l'ammoniaque, par Bonnet. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 19.) — Intoxication chez un buveur d'éther, menaces d'asphyxie, hémorragies multiples; ictère; guérison, par Ory. (*Journ. de méd. de Paris*, 24 avril.) — Empoisonnement aigu par ingestion de chloroforme, suivi de guérison, chez un enfant de 2 ans, par Emil Niemann (*Berlin. klin. Woch.*, p. 11, 3 janv.) — Empoisonnement par les pilules drastiques de Morison, par Paltauf. (*Wien. med. Presse*, n° 17, p. 577.) — Empoisonnement par le chlorure de zinc avec destruction complète de l'estomac, par Birt. (*Brit. med. Journ.*, 25 juin.) — Deux cas d'empoisonnement chronique par le sulfure de carbone, par Ross. (*Med. Chronicle*, janv.) — De l'intoxication par les gaz d'égout, par Hun. (*Assoc. of Americ. phys.*, 2 juin.) — Empoisonnement par les gaz délétères provenant de l'explosion de 7,000 kilos de poudre de mine, par Fox. (*Lancet*, 16 oct. 1886.) — Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par Bruneau. (*Ann. d'hyg.*, avril.) — Deux empoisonnements par l'arsenic, par Maschka. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 19 avril.) — Empoisonnement par le chlorate de potasse, par Lenhartz. (*Deutsche med. Woch*, n° 1, p. 9). — Un cas d'empoisonnement par le phosphore, par Sinclair. (*Edinb. med. Journ.*, p. 800, mars.) — Empoisonnement par l'iodoforme par Willemer. (*Cent. f. Chir.*, n° 50, 1886.) — La question du sublimé, par Liebreich. — *Idem.*, par Bergmann. (*Therap. Monatsh.*, n° 1 et 2.)— Un cas d'empoisonnement par le sublimé, par H. M. Church. (*Edinb. med. Journ.*, p. 795, mars.) — Empoisonnement mortel par le sublimé à la suite de deux injections vaginales, par Fleischmann. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 47, 1886.) — Empoisonnement par le sublimé, injections vaginales, par Ziegenspeck. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 34, 1886.)

Emphysème. — Rétrécissement des grosses bronches dans l'emphysème, par Rindsfleisch. (*Sitz. d. phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 129, 1886.) — Emphysème traumatique, désarticulation de l'épaule; guérison, par Blum. (*Arch. gén. de méd.*, août.)

Enfant. — Leçons sur les maladies de l'enfance, par E. Henoch. (3e édition, *Berlin.*) — Traitement des maladies des enfants, par Money. (In-8°, *Londres.*) — L'assistance des enfants abandonnés, par R.-W. Raudnitz. (*Vienne*

et *Leipsig.*) — L'examen clinique des enfants, par Barletta. (*Rivista clinica e terapeutica*, juin, p. 286.) — Le meilleur mode de préparation de la nourriture pour les enfants, par Vaughan. (*Med. News*, 2 juillet.) — Sur la physionomie et l'attitude des enfants malades, par Soltmann. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXVI, 2.) — Soins à donner aux nouveau-nés, par Zweifel. (*Stuttgart.*) — Étude de l'alimentation des enfants, par Haven. (*Arch. of pediatrics*, III, n° 33.) — De la mort apparente des nouveau-nés, par Mory. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Hémiplégie chez un enfant consécutive à la chorée, par Carmichael. (*Edinburgh med. chir. Soc.*, 15 juin.) Tumeurs tuberculeuses du cervelet chez un enfant de 4 ans, par Schweinitz. (*Philad. med. Times*, 14 mai.) — De la sclérose multiple en foyers du système nerveux central chez l'enfant, par Unger. (In-8°, *Vienne.*) — De l'hystérie chez les enfants, par Reisenfeld. (In-8°, *Kiel.*) — Athétose et hémiplégie datant de l'enfance, par Bramwell. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 juillet.) — Étude de la folie chez les enfants, par Filibilin. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — De l'existence de la pneumonie lobaire chez les enfants du premier âge, par Fournier. (*Journ. de méd. de Paris*, 17 avril.) — Traitement de la broncho-pneumonie des enfants par l'iodure de potassium, par Zinis. (*Rev. des mal. de l'enfance*, 30 juin.) — Gastrite aiguë chez les nouveau-nés, par Seibert. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — Leucocythémie chez un enfant de 11 mois; guérison, par Jones. (*Brit. med. Journ.*, 9 juillet.) — Sur le melæna des nouveau-nés, par Nieberding. (*Sitz. d. phys. med. Ges. zu Würzburg*, p. 62, 1886.) — De la dilatation de l'estomac chez les enfants, par Machon. (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 15 juin.) — Abcès du foie chez un enfant de 12 ans, incision et guérison, par J. Vogler. (*Journal of Amer. med. Ass.*, 5 mars, p. 275.) — Cirrhose chez les enfants, par Howard. (*Assoc. of Amer. physics.* 2 juin.) — De l'ascite chez l'enfant, par Barés. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Du diabète sucré chez l'enfant, par Rojas. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Diabète sucré chez une enfant de 9 ans, par Frew. (*Glasgow med. Journ.*, avril.) — Névrites mycotiques primitives chez l'enfant, par Mircoli. (*La Riforma med.*, 4 juillet.) — De la fièvre typhoïde chez l'enfant, par Wolberg. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — Traitement de la diarrhée infantile, par Cadet de Gassicourt. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 23 juin.) — Dermatite gangréneuse des enfants, par Croker. (*Royal med. chir. Soc. London*, 14 juin.) — Action de la thalline dans la méningite simple des enfants, par Filipoff. (*Russkaïa med.*, n° 30, 1886.) — Du kéfir et de son emploi dans la médecine des enfants, par Monti. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 31 mai.) — De la cécité dans l'enfance, par Magnus. (*Wiesbaden*, 1886.) — Tumeur de 3 livres chez un fœtus de 8 mois, par Oliver. (*The Journ. of anat.*, juillet.)

Épidémie. — Histoire des épidémies de l'arrondissement de Chaumont, par Malaingre. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — La prophylaxie générale des grandes épidémies, par Raymondaud. (*Broch. Limoges.*) — La prophylaxie des épidémies à Salford, par Tatham. (*Sanitary Record*, juin 1886.) — De l'épidémiologie et de la climatologie à Francfort-sur-Mein, par Soyka. (*Deut. Viertelj. f. Gesundh.*, XIX, 2.) — Considérations pratiques sur l'emploi des antiseptiques et des désinfectants comme moyens préventifs des épidémies, par Bonnewyn. (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, n° 3.)

Épilepsie. — La théorie de l'épilepsie et l'épilepsie cardiaque, par Matoni. (*La Riforma med.*, 26 mai.) — Considérations sur les épilepsies partielles, par Bigorre. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Un cas d'épilepsie jacksonienne à la suite de la fièvre typhoïde, par Sacchi et Adersen. (*Riv. Venet. di sc. med.*, n° 4.) — Observation d'amaurose double bilatérale revenant par accès dans l'épilepsie, par Carl Heinemann. (*Arch. f. path. An. u.*

Phys., CII, H. 3, p. 522.) — De l'épilepsie expérimentale, par UNVERRICHT. (*Congrès de Wiesbaden; Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 388.) — Cas singulier de pachyméningite ostéogénique chez un épileptique, par USUELLI et VENANZIO (*Arch. Italiano per le mal nerv.*, fasc. I.) — Épilepsie traumatique, trépanation, guérison, par BILLROTH. (*La Riforma med.*, 4 juin.) — — De l'antifébrine comme anti-épileptique, par SOLM. (*Neurol. Centralblatt*, juin.)

Épithélioma. — Guérison d'un cancer épithélial (plancher de la bouche), par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 255, 19 juin.) — De l'épithélioma labial, lingual et jugal, chez la femme, par ROCHET. (*Province méd.*, 21 mai.) — Épithélioma de la face plantaire du pied avec nodule secondaire, par SUZANNE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 juin.)

Éruption. — Éruption et suppuration, par LAUMET. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Étude clinique sur quelques éruptions par iodisme, par DUCREY. (*Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, n° 1.)

Érysipèle. — De l'érysipèle, par GERHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 45, 17 janvier.) — De l'érysipèle chez les nouveau-nés par MAVRIKOS. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — De l'emploi de la traumaticine résorcinée dans un cas de lymphangite érysipélateuse, par FERREIRE. (*Ann. de derm.*, VIII, n° 6.) — Du traitement de l'érysipèle par les scarifications, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 8 juin.)

Érythème. — Érythème noueux ulcéré, par LEMAISTRE. (*Journ. Soc. méd. Haute-Vienne*, avril.) — Érythème noueux scarlatiniforme, par BLANC. (*Province méd.*, 18 juin.)

Estomac. — De la présence d'acide chlorhydrique dans l'estomac cancéreux, par HONIGMANN et NOORDEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 1.) — Influence de quelques médicaments sur la digestion gastrique artificielle, par STANISLAUS KLIKOWICZ. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, Bd CII, H. 2, p. 360.) — Sur les mouvements de l'estomac, par COLIN. (*Bull. Acad. de méd.*, XVII, n° 17.) — Sur un cas de neurasthénie gastrique, entéro-néphroptose traumatique, par GLÈNARD. (*Province méd.*, 16 avril.) — Sur un nouveau procédé de recherche clinique des limites de l'estomac par l'auscultation plessimétrique, par RUAULT. (*Gaz. hebdomad.*, 1er juillet.) — Étude sur la percussion de l'estomac, par TAUBE. (In-8°, *Dorpat.*) — Les maladies de l'estomac et les déplacements du rein droit, par LITTEN. (*Congrès de Wiesbaden; Deuts. med. Woch.* (n° 18, p. 390.) — Remarques sur les assertions de Gluzinski et Jaworski, par VON NOORDEN. (*Wien. med.Presse*, n° 6, p. 211.) — Ulcères perforants de l'estomac avec péritonite chronique, par J. NEFF. (*Journal of Amer. med. Ass.*, 19 mars, p. 329.) — Diagnostic du cancer de l'estomac, par RENAULT. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, 9 juin.) — Fistule ombilicale et cancer de l'estomac, par FEULARD. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Diagnostic des maladies de l'estomac, par RIEGEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 5 et 6.) — Rupture de l'estomac et de l'intestin, par G. MINOR. (*Soc. path. de Brooklyn*, 2 déc. 1886.) — Résection de l'estomac à la suite d'une tentative de suicide, par OBALINSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 20, p. 692.)

Exanthème. — Quelques formes d'exanthème iodique, par HASLUND. (*Hospit. Tidende*, n° 7.)

F

Face. — Des fentes faciales, par KUNDRAT. (*Société de méd. de Vienne*, 28 janvier.)

Fécondation. — Double conception (femme nègre donnant le jour à deux enfants, un nègre, l'autre mulâtre, ayant eu, à vingt-quatre heures d'intervalle, des rapports avec un nègre et un blanc), par NOWLIN. (*Southern Practitioner*, mars.)

Fer. — De l'excrétion du fer dans l'organisme et de la quantité de ce métal chez les animaux affamés, par ZALESKI. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXIII, 5 et 6.)

Fermentation. — Influence de l'acide carbonique sur la fermentation et la formation de la levure, par FOTH. (*Woch. f. Brauerei*, n° 18.) — De la fermentation lactique, par HAYDUCK. (*Woch. f. Brauerei*, n° 17.) — Sur la fermentation par le protoplasme d'un animal récemment tué, par FOKKER. (*Acad. des sciences*, 13 juin.) — Étude des ferments digestifs sécrétés par les bactéries, par RIETSCH. (*Journ. de Pharm.*, 1er juillet.) — Des ferments digestifs dans l'urine, leurs rapports avec la peptonurie et la globulinurie, par PATELLA. (*Annali di Med.*, juin.)

Fibrome. — Les fibromes multiples dans leurs rapports avec les fibro-névromes, par LAHMANN. (*Arch. f. path. Anat.*, CI, 2.)

Fièvre intermittente. — Observations nouvelles sur l'étiologie de l'impaludisme, par HÉRICOURT. (*Gaz. hebdom.*, 5 août.) — Des hématozoaires du paludisme, par LAVERAN. (*Ann. Instit. Pasteur*, n° 6.) — Les recherches modernes sur l'agent infectieux de la malaria, par UBERTO ARCANGELI. (*Rivista clinica di Bologna*, janvier, n° 1.) — Recherches sur la nature de la malaria. Préservation dans les pays de malaria, par TOMMASI CRUDELI. (*Rend. d. Accad. di Lincei*, 5 décembre 1886 et 3 avril 1887.) — Etat actuel de nos connaissances sur la nature de la malaria et sur l'amélioration des pays paludiques, par TOMMASI CRUDELI. (*Rend. d. Accad. di Lincei*, 1er mai.)—Sur le microbe paludique, par JULES ROUQUETTE. (*Bull. gén. de thér.*, p. 466.) — La fièvre des Montagnes-Rocheuses, par CURTIN. (*N. York med. Journ.*, 8 janvier.) — De l'accès pernicieux apoplectiforme avec et par hémorragie cérébrale, par BLANC. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Deux cas de fièvre pernicieuse larvée, par GIAMPIETRO. (*Rivista clinica e therapeutica*, mai 1886, p. 234.) — Manifestations particulières de la malaria, par REICHARD. (*Philad. med. Times*, avril.) — Pathologie du système nerveux dans la malaria, par SINGER. (*Prager med. Woch.*, 4 mai.) — Un cas particulier de méthémoglobinurie dans la fièvre intermittente, par CARL HEINEMANN. (*Arch. f. path. An. u. Phys*, CII, 3, p. 517.) — Recherches sur la complication paludéenne dans quelques intoxications, maladies miasmatiques, virulentes, par MOURSOU. (*Arch. de médec. navale*, n° 7.)—Un cas rare de mélanémie aiguë (d'origine paludique), par CARDARELLI. (*Il Morgagni*, avril.) — Hémiplégie d'origine palustre, par PASCAL. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Traitement de l'infection paludique grave, par MANSON. (*Transact. of med. Soc. of Virginia*, 1886.) — Quelques considérations sur l'état sanitaire de la ville de Salonique, et en particulier sur les plaies miasmatiques bilieuses hématuriques, par MISRACHI. (*Gaz. méd.*

d'Orient, n° 1, 1886-87.) — De l'antipyrine dans les formes continues de l'intoxication malarienne, par ANTONY. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Fièvre jaune. — Note sur le microcoque de la fièvre jaune, par MAUREL. (*C. rendus Soc. de biol.*, n° 21.) — Sur les formes bactériennes qu'on rencontre dans les tissus des individus morts de la fièvre jaune, par DE LACERDA. (*Acad. des sciences*, 1er août.) — Inoculation de la fièvre jaune, par GASTON. (*Atlanta med. Journ.*, juin.)

Fœtus.— La nutrition du fœtus, par WIENER. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 290.)

Foie. — Un cas de foie mobile, par ROHDEN. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 6, p. 106.) — Le foie considéré comme organe d'excrétion pour les corps étrangers introduits dans le sang, par KUNKEL. (*Sitzungsb. der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, p. 60, 1886.) — Recherches expérimentales sur la régénération du tissu hépatique, par PODWISSOZKI. (*Beiträge zur path. Anat. und Phys.*, I, p. 259.)—Hémorragies et maladies du foie, par AUGAGNEUR (*Province méd.*, 5 mai.) — Un cas de cirrhose atrophique du foie ayant débuté brusquement et se terminant par une hématémèse ; thrombose de la veine porte, par GRASSET. (*Rev. de clin. et thérap.*, 5 mai.) — Cirrhose hépatique à marche anormale par suite de larges communications entre la circulation porte et la circulation de la veine cave, par MARAGLIANO. (*La Riforma medica*, 8 et 9 avril.)—Péricholécystite suppurée; angéiocholite suppurée ; abcès du foie ; mort, par POLAILLON. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juin.) — De la cirrhose alcoolique graisseuse, par LE GALL. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Hépatite graisseuse primitive, par POLGNÈRE. (*Gaz. méd. de Paris*, 18 juin.) — Sur le diagnostic et le traitement chirurgical des abcès du foie, par MITTRE. (*Thèse de Lyon*, n° 366.) — Abcès multiples du foie, par J.-B. BACH, (*Therap. Gaz.*, p. 30, janvier.) — Un double abcès du foie (l'un ouvert dans l'intestin, l'autre ponctionné avec succès à l'aide d'un gros trocart), par ALLAN-G. LYM. (*Edinb. med. Journ.*, p. 879, avril.) — Sur les abcès tuberculeux périhépatiques et sur le traitement qui leur convient; résection de la portion abdominale du thorax, par LANNELONGUE. (*Acad. des sciences*, 31 mai.) — Opération de Récamier; indications et contre-indications, par NICOLETIS. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Deux abcès du foie traités par l'incision, par F. THOMAS. (*Arch. de méd. nav.*, mars, p. 222.) — La chirurgie du foie (rev. gén.), par J.-E. PILCHER. (*Annals of surgery*, mars, p. 212.) — Cancer primitif colloïde du foie, par LIPARI. (*Morgagni*, août.)

Forceps. — Sur le forceps, par GUÉNIOT. — Le forceps Tarnier, par DOLÉRIS. — Des applications obliques de forceps, par POULLET. (*Nouv. Arch. d'obst.*, nov. 1886 et fév. 1887.) — Considérations cliniques sur l'emploi du forceps Tarnier et du forceps Poullet, par PORAK. (*Nouv. Arch. d'obst.*, mai 1886.)— Le forceps de Breus, par FRY. (*Americ. journ. of Obst.*, juin.)

Fracture. — Fracture et enfoncement du sinus frontal, guérison, par MESTRUDE. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Mort brusque par fractures du sternum, par ADAMKIEWICZ. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLVI, p. 91, janvier.) — Des fractures multiples complètes et incomplètes du sternum (poignée et corps), chez l'adulte et chez l'enfant, par SUTHERLAND. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — Fracture du col de l'omoplate, par BRAMWELL. (*Brit. med. journ.*, 9 juillet.) — Fracture du col de l'omoplate, par EALES. (*Lancet*, 9 oct. 1886.) — Paralysie motrice et sensitive, consécutive à une fracture de la clavicule, par STIMSON. (*N. York surg. Soc.*, 25 mai.) — Fracture comminutive par coup de feu de l'extrémité supérieure de l'humérus, de l'acromion, de la clavicule ; désarticulation de l'épaule ; guérison, par SCHRAPF. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Fracture de l'olécrâne chez un

enfant, par Eames. (*Brit. med.. Journ*, 16 juillet.) — Fracture de l'extrémité inférieure du radius traitée sans succès par le massage et la non-immobilisation, par Roux. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 mai.) — Un cas de fracture du fémur, suivie de mort par embolie graisseuse, par Perroulaz. (*Revue Suisse romande*, VII, 72.) — Traitement des fractures de la rotule, par Rushmore. (*N. York med. Journ.*, p. 172, 12 fév.) — Traitement des fractures transversales de la rotule, par A. Buonomo. (*La Medicina contemporanea*, avril-mai.) — Observation de fracture et luxation de l'astragale, par Stimson. (*N. York surg. Soc.*, 11 mai.) — Technique du traitement des fractures par le massage, par Berne. (*Rev. de clin. et thérap.*, 16 juin.) — Sur l'application de la chirurgie conservatrice dans les fractures ouvertes, par Roussel. (*Thèse de Paris*, 23 juin.)

Froid. — De l'action du froid sur l'organisme animal vivant, par Quinquaud. (*Acad. des sciences*, 31 mai.)

G

Gale. — Traitement de la gale, par Kaposi. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 24 mai.)

Gangrène. — De l'asphyxie locale des extrémités envisagée comme symptôme, par Bourelly. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.)

Gastrostomie. — Gastrostomie pour l'extirpation d'un corps étranger (dentier) de l'œsophage ; guérison ; relations de 32 cas de gastrostomie pour corps étrangers ; 25 guérisons, par Richardson. (*Boston med. journ.*, n° 24, 1886.) — Un cas de gastrostomie, par Soldani. (*Lo Sperimentale*, p. 243, mars.) — Gastrostomie pour cancer de l'œsophage, par Usiglio. (*Riv. venet. di sc. med.*, n° 5.)

Gaz. — Des effets de la compression et de la décompression brusques sur les mineurs dans les explosions de grisou, par Granjon-Rozet. (*Loire méd.*, 15 mai.) — Des accidents provoqués par les explosions de grisou, par Guinant. (*Ibid.*)

Génitaux (Organes). — Palmature pénienne sans hypospadias ; cause insolite de coudure de la verge, par Chrétien. (*Gaz. hebdom.*, 5 août.) — Ablation du pénis pour cancroïde, par Mercanton. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, p. 159.) — Végétations du gland ayant perforé le prépuce et simulant une ulcération chancreuse, par Ch. Monod. (*Bull. de la Soc. du Cher*, XII, p. 940.) — Amputation du pénis pour un épithélioma du gland et du prépuce, par Mac Gregor. (*New York county med. Assoc.*, 18 avril.) — Étiologie et signification diagnostique du papillome des organes génitaux externes de la femme, par Bumm. (*Sitzungsb. der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, p. 66, 1886.) — Observation d'imperforation de l'hymen avec septicémie avant et après l'opération, par O'Donovan. (*Med. News*, 23 avril.) — Traitement des abcès des glandes vulvo-vaginales, par Barette. (*Rev. de clin. et thérap.*, 12 mai.) — Malformation du clitoris, par Friedinger. (*Soc. des méd. de Vienne*, 1er avril.) — Physiologie de l'appareil sexuel de la grenouille, par Tarchanoff. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 330.)

Genou. — Le genou valgus et varus et les treize premières fractures sus-con-

dyliennes du fémur pratiquées en Italie avec l'ostéoclaste de Robin. (*Medicina contemporanea*, août 1886.)

Géographie médicale. — Aperçu sur le climat et la pathologie de la Guyane, par Fourtoul (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Topographie médicale de l'île de Sein (Finistère), par Gouzien. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — Le Tonkin, par Rey. (*Arch. de méd. navale*, n° 7.)

Glande. — Des lois de régénération des glandes épithéliales dans les conditions physiologiques et pathologiques, par Podwyssozki. (*Fortschritft d. Med.*, V, n° 14.)

Goutte. — De la goutte parotidienne, par Debout d'Estrée. (*Journ. de méd. de Paris*, 26 juin.) — De l'urétrite goutteuse, par Turbure. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.)

Graisse. — De l'administration des graisses et acides gras dans les affections consomptives chroniques, par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 et 31 mars.)

Greffe. — Greffes épithéliales de l'agneau à l'homme, par Kiriac. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.) — Les différentes greffes dans la réparation des pertes de substance, par Rochet. (*Province méd.*, 21 mai.)

Grossesse. — Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, par Imbert. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Traitement des végétations chez la femme enceinte, par Decoster. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — L'hydrorrhée de la grossesse, par Earle. (*Amer. journ. of obst.*, mai 1886.) — Influence de la grossesse sur les maladies de la peau, par Sacreste. (*Bull. méd. du Nord*, avril.) — Prolapsus du cordon dans une grossesse de quatre mois, par Perry. (*Brit. med. journ.*, 18 juin.) — Grossesse avec occlusion presque complète du vagin, par Nilsen. (*New York obst. Soc.*, 19 avril.) — Rupture de la poche fœtale dans une grossesse anormale, par Willems. (*Acad. de méd. de Belgique*, 28 mai.) — Avortement incomplet dans une grossesse gémellaire, issue d'un fœtus au troisième mois; rétention du placenta jusqu'à la délivrance à terme de l'autre fœtus, par Warren. (*Americ. journ. of obst.*, mai.)— Des déchirures de l'abdomen et de l'utérus pendant la grossesse par des coups de corne, par Harris. (*Ibid.*, juillet.) Extirpation d'une épingle à cheveux introduite dans l'utérus gravide pour amener l'avortement, par Fruitnight. (*Ibid.*, juin.) — Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine, par Tait. (*Ibid.*, mai.) — De la grossesse extra-utérine, par Werth. (*Stuttgart*). — Traitement de la grossesse extra-utérine, par Rusconi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 44.) — La mortalité de la laparotomie primaire dans la grossesse extra-utérine; ses causes; difficultés de l'amoindrir, par Harris. (*Med. News*, 21 mai.) — De la conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine, par Pacaud. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Grossesse extra-utérine; laparotomie; guérison, par Bruch. (*Nouv. Arch. d'obst.*, 25 février.) — Grossesse interstitielle; extirpation du produit de la conception à travers la cavité utérine, par Parkes. (*Chicago gyn. soc.*, 21 janv.) — Grossesse extra-utérine; mort d'hémorragie interne, par Branfoot. (*South indian Branch.*, 4 juin.)

Gymnastique. — La gymnastique d'appartement, par B. Fromm. (*Berlin.*)

Gynécologie. — Revue semestrielle du service de gynécologie du professeur Fochier, par Duzéa. (*La Province méd.*, 9 avril.) — L'enseignement clinique de la gynécologie et des maladies des femmes, par William-L. Reid. (*Edinb. med. journ.*, p. 865, avril.) — Le pansement sec en gynécologie, par Engelmann. (*Amer. journ. of obst.*, juin.)

H

Helminthes. — Sur les helminthes parasites de l'homme, par Roux. (*Province méd.*, 18 juin.) — Coup d'œil sur la classification des trématodes, par Cosmovici. (*Bull. des méd. et nat. d'Iassi*, avril.) — Sur l'état larvaire des helminthes hématodes parasites du genre ascaride, par Laboulbène. (*Acad. des sciences*, 6 juin.) — Menace d'avortement due probablement à une excitation réflexe provoquée par un ascaride lombricoïde, par Schlemmer. (*Gaz. hebdom.*, 5 août.)—Un cas de trichinose en Belgique, par Boulengier. (*Presse méd. belge*, n° 26.) — Un cas de trichinose, par Legge. (*Accad. med. di Roma*, 23 janv.) — Notes sur quelques cas de trichinose, par Kinney. (*Pacific med. and surg. Journ.*, mai.) — L'ankylostome dans les solfatares de Sicile, par Parona. (*Annali universali di med.*, déc. 1886.) — Premier cas d'anémie par anchylostome en Sicile, par Calandruccio. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, VII.) — Deuxième cas d'ankylostomiase en Sicile, guérison, par Calandruccio. (*Riv. clin. e terap.*, VII, n° 10.)

Hématome. — Hématome de l'avant-bras, par Balding. (*Cambridge med. Soc.*, 3 juin.) — Étude des céphalématomes, par Hamon. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Contribution à l'étude de l'hématocèle péri-utérine, par Caifassi. (*Rivista clinica e terapeutica*, sept. 1886, p. 465.)

Hémoglobinurie. — Un cas d'hémoglobinurie paroxystique, par Neumann. (*Soc. de méd. de Vienne*, 17 déc.)

Hémorragie. — Valeur des hémorragies dans les plaies, par Turazza. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 30.) — Moyen simple d'arrêter les hémorragies artérielles (aiguille tenaculum, ligature en 8 de chiffre sur l'aiguille), par Muscroft. (*Cincinnati Lancet clinic.*, 2 avril.) — Quelques considérations sur les hémorragies dites supplémentaires, par Sirus-Pirondi et Otto. (*Broch., Marseille.*) — Deux observations d'hématémèse, par Bezy. (*Rev. méd. de Toulouse*, 1er juin.) — Traitement de l'hémoptysie, par Barié. (*Rev. de clin. et thérap.*, 16 juin.) — Contribution à l'étude de l'infection hémorragique, par Hlava. (*Arch. slaves de biol.*, III, n° 1.)

Hernie. — Les hernies inguinales, par Albert. (*Wien. med. Presse*, n° 1, p. 1.)—De la contention des hernies inguinales, par Emmert. (*Corresp-Bl. f. schw. Aerzte*, p. 48, 15 janv.) — Du vomissement dans l'étranglement herniaire, par Mollière. (*Province méd.*, 14 mai.) —Hernie étranglée compliquée de péritonite purulente; kélotomie, guérison, par Bramwell. (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet.) — Hernie inguinale gangrénée, résection, guérison, par Olivieri. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 29.) — Hernie étranglée chez un diabétique, par Railson et Southam. (*Med. chronicle*, avril, p. 16.) — Des herniotomies en 1885, par Köhler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Herniotome avec anesthésie par la cocaïne, par Southam. (*Med. chronicle*, avril.) — Quelques considérations sur l'état de l'intestin dans la hernie étranglée, par Fleury (de Clermont). (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 733, 735.) — Hernie crurale; cure radicale; autopsie le 44e jour, par Trélat. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 189.) — Hernie scrotale gauche étranglée : cure radicale, guérison, par Houzel. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 945.) — Étude sur le cæcum et sur ses hernies, par Tuffier. (*Arch. de méd.*, juin.) — Un cas d'entérocèle vaginale antérieure, par Etheridge. (*Journ. of americ. med. assoc.*, 5 février.) — Hernie ventrale, opération

guérison, par MICHAEL. (*Americ. surg. assoc.*, 11 mai.) — De la hernie ombilicale congénitale, par ROBERTSON, (*Glasgow med. Journ.*, avril.)—De la hernie périnéale, par EBNER. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Traitement des hernies par les injections sous-cutanées, par DE GARMO. (*Soc. méd. de l'Etat de New York*, 27 décembre 1886.) — De la cure radicale des hernies épigastriques, par ROUTIER. (*Journ. de méd. de Paris*, 26 juin.) — Deux cas de cure radicale de hernies, par PETERS. (*Ann. ot surgery*, janvier, p. 15.)

Herpès. — Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques, par FOURNIER. (*Semaine médicale*, 13 juillet.) — Herpès oculaire, par DURRUTY. (*Thèse de Paris*, 29 juin.) — Herpès scapulo-brachial, par TUCKER. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, 23 avril, p. 405.)

Histologie. — Traité de microscopie clinique, par G. BIZZOZERO ; 2e édition allemande, revue par STEFAN BERNHEIMER. (*Erlangen.*) — De l'emploi de l'acide perruthénique dans les recherches histologiques et de l'application de ce réactif à l'étude des valvules des cellules caliciformes, par RANVIER. (*Acad. des sciences*, 18 juillet.) — De l'énergie histogénique et de la symétrie dans l'accroissement des tissus, par S. SAMUEL. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CI, heft 3, p. 389.)

Hôpital. — Hôpitaux pour phtisiques, (*Austral. med. Journ.*, n° 3.) — Construction et organisation des hôpitaux, par E. COWLES. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — Les hôpitaux maritimes pour enfants scrofuleux, par M. SCHEIMPFLUG. (*Vienne, Leipsig.*) — Les hospices marins et les altérations osseuses de l'enfance. (*Lo Sperimentale*, avril, p. 398.) — Les hospices marins et les altérations osseuses de l'enfance; revue synthétique. (*Lo Sperimentale*, mars, p. 271.) — Les hôpitaux d'enfants en Allemagne et en Russie, par OSCAR WYSS, (*Corresp.-bl. f. schweizer Aerzte*, 15 fév.) — De la nécessité des hôpitaux d'isolement et de l'installation de ces hôpitaux, par FÉLIX. (*Arch. roumaines de Méd.*, 15 juillet.) — Du sauvetage en cas d'incendie dans les hôpitaux, par MARTIN. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLVI, p. 150, janvier.)

Hydatides. — Hydatides du cœur, par BOBOWICZ. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Tumeur hydatique intra-cranienne du pariétal gauche, par LUZZATTI. (*Boll. d. cultori d. sc. med. Siena*, nos 3 et 4.) — Kyste hydatique de la cavité orbitaire gauche ; énucléation de l'œil ; guérison, par MORELLI. (*Riv. clinica e terapeutica*, juin 1886, p. 281.)—Échinocoques intra-pulmonaires, par V. PATELLA. (*Rivista clinica di Bologna*, avril, p. 241.) — Kyste hydatique amenant l'érosion des parois de l'artère sous-clavière, par GARDNER. (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet.) — Kystes hydatiques du foie et des poumons chez un cheval, par CASSIL. (*Veterinary Journ.*, mai.) — Colique hépatique causée par la présence d'hydatides dans les conduites biliaires, par BLACK. (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet.) — Deux cas d'échinocoque du foie guéris par la ponction aspiratrice, par CAGNETTA. (*La Riforma med*, 14 juillet.) — Étude sur les kystes hydatiques du rein au point de vue chirurgical, par E. BŒCKEL. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai.) — Kyste hydatique du petit bassin; guérison après deux ponctions, par DUPLAY. (*Arch. de Méd.*, juin.) — De la fréquence des hydatides en Thuringe, par FÜRBRINGER. (In-8°, *Iéna.*)

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie moderne et son but, par MORELLI. (*Lo Sperimentale*, n° 5.) — Bases physiologiques de l'hydrothérapie, par WINTERNITZ. (*Wien. med. Presse*, n° 9, p. 301.)

Hygiène. — État sanitaire comparé des principales villes d'Europe en 1886,

et progrès réalisés récemment par la statistique sanitaire en France, par J. Bertillon. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 6.) — Petit manuel d'hygiène coloniale à l'usage des Européens habitant le Tonkin, l'Indo-Chine et tous autres pays chauds, par Coste. (In-12. *Tours.*) — La nouvelle législation anglaise sur les épizooties au point de vue de la police du lait, par Alfreb Ashby. (*Sanitary Record*, n° 352, p. 320, janvier.) — Le service des médecins sanitaires officiels, par John E.-J. Sykes. (*Sanitary Record*, n° 352, p. 323, janvier.) — L'hygiène publique aux États-Unis. (*Semaine médic.*, 8 juin.) — Rapports de l'hygiène et de l'anthropologie, par Spatuzzi. (*Morgagni.*) — La loi anglaise de 1886 sur les épizooties, par Henry May. (*Sanitary Record*, n° 453, p. 348, février.) — Causes de décès à Fribourg, en 1886, par Buman. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 222.)—Note sur les travaux d'assainissement de la ville de Naples, par Canovetti. (*Rev. d'hyg. et police sanit.*, IX, 10 janvier.)— Plan hygiénique de Lyon, par Lacassagne. (*Lyon méd.*, p. 323, 3 juillet.) — Ventilation des habitations, par Cosmo Innes. (*Sanitary Record.*, n° 353, p. 350, fév.) — Pénétration dans une habitation d'acide carbonique provenant d'une houillère abandonnée, par J. Goodwall Nasmyth. (*Ibid.*, n° 353, p. 349, fév.) — De la nécessité, pour éviter les mauvaises odeurs, de favoriser l'air nécessaire au tirage des cheminées, par Cosmo Innes. (*Ibid.*, p. 306, janv.) — Papiers de tenture contenant de l'arsenic, par Rischie. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 juillet.) — L'assainissement d'une station balnéaire, par Bechmann. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 7.) — De la nécessité d'une bonne hygiène municipale dans les stations balnéaires, par Brehmer. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 avril.) — Les refuges de nuit municipaux à Paris, par O. du Mesnil. (*Ann. d'hyg. publ.*, février.) — Des conditions d'éclairage dans les bureaux des administrations publiques et privées par Galezowski. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 6.) — Les théâtres, établissements classés, par Vallin. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 6.) — Sur les autorisations temporaires des établissements classés, par Rampal. (*Ibid.*, IX, n° 6.) — Sur la nécessité d'une réglementation générale de l'industrie des explosifs, par Léon Faucher. (*Ibid.*, IX, 183.) — Recherches expérimentales sur les effets des poussières de meunerie, par L. Poincaré. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, 38, janv.) — Les égouts du palais du Parlement à Londres. (*Sanitary Record.*, n° 353, p. 366, février.) — Le pain bleu au point de vue de l'hygiène, par Lehmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 oct. 1886.) — Désinfection des voitures. (*Sanitary Record.*, déc. 1886.) — Les couleurs de la houille et la revision des listes légales des colorants nuisibles, par Cazeneuve. (*Ann. d'hyg.*, juillet.) — De l'inspection hygiénique des écoles, rapport de Formani. (*Milan*, 1886.) — L'hygiène des yeux chez les écoliers, par Lincoln. (*Sanitarian*, mars.) — Le surmenage et l'hygiène scolaires, par Vallin. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 7.) — Le surmenage scolaire, par Ferrand. (In-18, *Paris.*)

Hypnotisme. — La thérapeutique suggestive, par Vizioli. (*Giorn. di neuropatologia*, sept. et déc. 1886.) — Éléments de clinique suggestive, hypnotisme et suggestion, par Fontan et Ségard. (In-18, *Paris.*) — Excitabilité des nerfs et des muscles dans l'hypnotisme, par Tereg. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, 2 avril.) — Traitement et guérison par suggestion hypnotique d'un cas d'hémiplégie après apoplexie, par Chiltoff. (*Revue de l'hypnotisme*, n° mai.) — Emploi de la suggestion hypnotique en obstétrique, par Liébeault. (*Revue de l'hypnotisme*, mai.) — Cas curieux d'hypnotisation volontaire, par Delbœuf. (*Rev. de l'hynopt.*, 1er mai.) — L'hypnotisme et la pédagogie, par Ladame. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er mai.) — Le magnétisme animal, la fascination et les états hypnotiques, par Morelli. (In-18, *Turin.*) — Traitement et guérison par suggestion hypnotique d'un cas d'hémiplégie avec apoplexie, par Chiltoff. (*Rev. de l'hypnot.*, 1er mai.)— Emploi

de l'hypnotisme à la cure de la surdité, par BERKHAN. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 fév.)

Hystérie. — L'hystérie chez l'homme, par BIANCHI. (*Lo Sperimentale*, juin.) — L'hystérie chez l'homme, par GLORIEUX. (*Arch. med. belges*, avril.) — De l'ischurie hystérique permanente, par PETRONE. (*Rivista clinica di Bologna*, n° 6.) — La léthargique de Thenelles, par BÉRILLON. (*Rev. de l'hypnotisme*, 1er avril.) — Traitement de certaines formes de neurasthénie et d'hystérie, par S. WEIR MITCHELL, traduction allemande sur 4e édition, par KLEMPERER. (*Berlin.*) — Contractures hystériques du jambier antérieur gauche et du triceps crural droit guéries par la suggestion, pendant le sommeil naturel, chez une malade non hypnotisable, par JANET. (*Soc. de psychol. physiol.*, 27 juin.) — Mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue, par DUTIL. (*Gaz. méd. de Paris*, 4 juin.) — Crises dispnéiques d'hystérie pendant la grossesse, par DENTAN. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, 223.) — Nouveau cas de guérison d'une paraplégie hystérique par la suggestion hypnotique, par LUYS. (*Revue de l'hypnotisme*, juin.) — Grande hystérie guérie par l'emploi de la suggestion et de l'auto-suggestion, par BUROT. (*Rev. de l'hypnotisme*, juin.) — De l'apoplexie hystérique, par ACHARD. (*Bull. méd.*, 3 août.) — Altération spéciale du goût guérie par le syphon de Faucher, par FABBRI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 17.) — L'hystéro-traumatisme, par BERBEZ. (*Gaz. des Hôpit.*, 6 août.)

I

Ichthyose. — L'atrophie dermique dans l'ichthyose, par CAMPANA. (*Bol. d. Acad. med. di Genova*, n° 2.) — Ichthyose hystria nigricans suivant le trajet des nerfs profonds des membres inférieurs, par BUTRUILLE. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

Idiotie. — Hypertrophie cérébrale et idiotisme, par BERNARDINI. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 1.)

Inanition. — Stefano Merlatti ; histoire d'un jeûne célèbre, précédée d'une étude anecdotique, physiologique et médicale sur le jeûne et les jeûneurs, par MONIN et MARÉCHAL. (In-18, *Paris.*)

Infection. — Étude sur l'infection constitutionnelle, par FISCHER. (*Inaug. Diss. Tubingen.*) — Des causes des maladies infectieuses, par WYSSOTZKY. (*München. med. Woch.*, n° 17.) — Statistique locale et cantonnale des maladies infectieuses, par BÖHM. (*München. med. Woch.*, n° 18.) — De l'hérédité des maladies infectieuses, par DE FREITAS. (*Brazil. med.*, 29 janvier.)

Inflammation. — Contribution à l'étude de l'inflammation et de la régénération, par KARG. (*Deut. Zeits. für Chir.*, XXV, 323-336.) — Des modifications cellulaires dans l'inflammation simple, par TOUPET. (*Thèse de Paris*, 30 juin.)

Inhalation. — Des injections hypodermiques et des inhalations d'acide sulfureux, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Soc. de thérap.*, 17 juillet.)

Injection. — Étude sur les vaselines liquides comme véhicule dans la méthode hypodermique, par CARAVIAS. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Inno-

cuité et inefficacité des injections profondes de chlorhydrate de quinine dans la région fessière, par Bareggi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 9.) — Les injections hypodermiques de sels de fer, par Losio. (*Riv. clin. di Bologna*, mai.) — Des injections intrapulmonaires d'iodoforme, par Ransome. (*Medical chronicle*, janv.) — Ce qu'il faut penser des accidents attribués aux injections de sublimé chez les femmes en couche, par Bordes. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la technique des injections d'ergotine, par Bumm. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 28.) — Des injections d'eucalyptol dans le traitement de quelques affections pulmonaires, par Cenas. (*Rev. de clin et thérap.*, 19 mai.) — Étude clinique sur l'emploi des injections gazeuses dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Méneau. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 22 mai.) — Sur l'action physiologique des lavements gazeux, par Bergeon. (*Acad. des sciences*, 20 juin.)

Impetigo. — Impetigo sycosiforme de la main, par Poncet. (*Ann. de dermat.*, VIII, 7.) — Pathologie et traitement de l'impetigo, par Georges Thin. (*The Practitioner*, p. 241-346, avril et mai.)

Intestin. — Étude des mouvements de l'intestin, par Bokai. (*Arch. f. exp. Path.*, XXIII, 5 et 6.) — Proportion numérique des follicules isolés et des plaques de Peyer de l'intestin grêle, par Passow, (*Arch. f. path. Anat.*, CI, 1, p. 135.) — Des bactéries intestinales en général, et en particulier chez les nourrissons ; leurs rapports avec l'étiologie des affections intestinales, par Escherich. (*Cent. f. Bacteriol*, I, n° 24.) — Sur l'étiologie de certaines formes d'entérite cholériforme et dysentérique, par Babès. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.) — Exposé sommaire du traitement de l'entéroptose, par Glénard. (*Lyon méd.*, 19 juin.) — Traitement pratique de la constipation chronique, par Kent Spender. (*Practitioner*, mars.) — Des plaies de l'intestin par arme à feu, par Barnard. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.) — De l'intervention chirurgicale dans les phlegmasies consécutives aux affections de l'appendice iléo-cæcal, par Nimier. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Étude critique sur les différents traitements appliqués aux tumeurs du gros intestin, par Delagénière. (*Gaz. des hôp.*, 2 juillet.) — Laparotomie chez un garçon de 14 ans atteint d'adhésions récentes entre l'intestin et la paroi abdominale ; guérison, par G.-W. Gay. (*Boston med. journ.*, 13 janvier.) — De la suture intestinale, par Otis.-K. Newell. (*Boston med. journ.*, 6 janvier.) — Du traitement radical du cancer du gros intestin par la colectomie avec entérorraphie après laparotomie, par Camus. (*Thèse de Paris*, 7 juin.) — De la résection de l'intestin, par Heincken. (*Deut. milit. Zeit.*, 1 et 2.) — Laparotomie et suture intestinale, par J. Wyeth. (*New York. med. journ.*, p. 309, 19 mars.) — Résection de l'intestin ; guérison, par Maydl. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 avril.) — Entérotomie circulaire et entérorrhaphie pour hernie gangrénée ; guérison, par Crespi. (*Rivista clinica di Bologna*, avril.)

Iodisme. — Iodisme, par Bradley. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.)

Iris. — Contractions pupillaires dans les mouvements latéraux, par Gunn. (*Ophth. Society of the Un. King.* in *Ophth. Review*, mars.) — Iritis plastique droite guérie par les injections hypodermiques de calomel, par Querenghi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 38.) — Kyste séreux de l'iris, par Sattler. (*Wiener med. Woch.*, n° 22, p. 731.) — Tuberculose de l'iris, par Panas. (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, mai.) — Irido-cyclite tuberculeuse ; présence de bacilles, par Wagenmann. (*Arch. f. Ophthalm.*, XXXII, 4.) — Cas d'irito-choroïdite suppurative traumatique ; énucléation ; guérison, par Dente. (*Gaz. med. ital.-lomb.*, 16 avril.) — Nouveau procédé d'iritomie, par Manolescu. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.)

K

Kyste. — Kyste volumineux de la tête ; ablation, par Umé. (*Arch. méd. belges*, avril.) — Kyste sanguin sus-claviculaire chez un enfant de 11 mois, par Weill. (*Prager med. Woch.*, 12 mai.) — Kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine; ablation; récidive immédiate; mort prompte, par Louis Thomas. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 261.) — Kyste sanguin uniloculaire du cou ; ablation incomplète ; blessure de la jugulaire interne ; forcipressure ; récidive ; kyste sanguin multiloculaire, par Louis Thomas. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 142.) — Des kystes dermoïdes médians du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien, par Fauvel. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — Traitement des loupes, par Cédié. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Balles de matière sébacée trouvées dans un kyste dermoïde, par Mundé. (*New York obst. Soc.*, 5 avril.) — Des kystes synoviaux du poignet, par Schwartz. (*Rev. de clin. et thérap.*, 29 mai.) — Kyste synovial de la gaine du long fléchisseur du pouce droit ; grains riziformes nombreux ; fongosités abondantes ; ouverture ; raclage ; guérison, par Terrillon. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 862-864.) — Quelques observations de kystes congénitaux, par Vallas. (*Province méd.*, 28 mai.) — Sur les grands kystes sarcomateux du petit bassin, par Cornil. (*Acad. des sciences*, 13 juin.)

L

Lacrymal (Appareil). — Hypertrophie de la glande lacrymale, par Robertson. (*Edinb. med. chir., Soc.*, 1er juin.) — Conférence sur les affections lacrymales, par Calderon. (*Revista especial di oft.*, février.) — Compression dans les dacryocystites phlegmoneuses, par Borthen. (*Soc. méd. Norvège* in *Semaine médicale*, 4 mai.)

Lait. — Appareil Soxhlet pour stériliser le lait dans les ménages, par Baginsky. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 mars.) — Recherches sur les substances dérivées du lait de femme et du lait de vache, par R. Schroeter. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — Le lait des vaches atteintes de péripneumonie contagieuse peut-il transmettre la maladie à l'espèce humaine ? par Lécuyer. (*Revue d'hyg.*, IX, 221 et 248.) — Du lait de femme artificiel de Voltmer, par R. Schaeffer (expérience défavorable). (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 124, janvier.) — Les corps albuminoïdes dans le lait de femme et le lait de vache, par Biedert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 105.) — De l'emploi de la caséine du lait dans la préparation des émulsions artificielles, par Léger. (*Journ. de pharm.*, 15 juillet.)

Langue. — Un moyen d'arrêter l'hémorragie pendant les opérations faites sur la langue, par Lockwood. (*Lancet*, 23 avril.) — Contribution à l'étude de l'hémiglossite, par Paul Gueterbock. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXV, p. 486-490.) — Contribution à l'étude de la glosso-stomatite épithéliale chronique superficielle et de son traitement hydro-minéral, par Paul Bénard. (Paris.) — Deux cas rares de lésion unilatérale de la langue; contribution à la physio-pathologie de l'hyppoglosse, par Brugia et Mateucci. (*Archiv. italiano per le mal. nerv.*, fas. 1.) — Des affections

lichénoïdes de la langue, par WINTERNITZ. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 3.) — Des angiomes de la langue, par COUTENOT. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Gommes de la langue, par HITCHCOCK. (*New York med. Journ.*, 5 févr.) — Ulcération syphilitique de la langue devenue tuberculeuse chez un phtisique syphilitique, par DOUTRELEPONT. (*Berlin. klin. Woch.*, 11 avril.) — Ulcération tuberculeuse de la langue, par SALZER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 févr.) — Du cancer de la langue et de son traitement, par BERG. (*Lakäresellskapets forhandlingar. Hygiea*, p. 125, 1886.) — Sur l'ablation de l'épithélioma de la langue avec résection de la partie adjacente du maxillaire inférieur, par VERNEUIL. (*Soc. de chir.*, XII, p. 845.)

Laparotomie. — Sur les laparotomies faites à la Maternité de Brümer, de juillet 1883 à la fin de 1886, par RIEDINGER. (*Zeits. f. Heilk.*, VIII, 1.) — Laparotomie involontaire; guérison, par OBALINSKI. (*Wien. med. Presse*, n° 19, p. 650.) — Dix laparotomies, par J. PRICE. (*New York med. Journ.*, p. 266, 5 mars.) — Deux laparotomies chez la même malade ; extirpation des deux ovaires, d'une tumeur du mésentère; production d'un calcul autour d'un fil de suture passé dans la vessie, par KINLOCH. (*Americ. journ. of Obst.*, juillet.) — Laparotomie pour adhérences pelviennes, par SHOBER. (*Med. News*, 7 mai.)

Larynx. — Contribution expérimentale à la physiologie du nerf laryngé supérieur, par BARBACCI. (*Gazz. d. Ospit.*, n° 24.) — Notions générales de thérapeutique locale des maladies du larynx, par MASSEI. (*Il Morgagni*, avril.) — L'histoire de la laryngologie depuis les premiers temps jusqu'à l'heure présente, par GORDON HOLMES, traduit de l'anglais par OTTO KŒRNER. (*Berlin.*) — Courte histoire de la laryngologie, par F.-W. HINKEL. (*Med. press of Western.*, *New-York*, oct. 1886.) — Valeur pratique des méthodes actuelles de traitement des affections des voies aériennes, par BOSWORTH. (*New York Acad. of med.*, 21 avril.) — Les progrès récents dans le traitement des maladies du larynx et du nez (bons effets de l'acide lactique et de la galvanocaustie dans la tuberculose laryngée), par RUD. MEYER-HÜNI. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 5, 1er mars.) — Du laryngoscope en médecine, par BARCLAY J. BARON. (*Bristol. med. chir. Journ.*, sept. 1886.) — De la laryngite sèche, par LUBLINSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, 8 nov. 1886.) — Quelques remarques sur un cas de laryngite hémorragique (cardiaque et hémophilique), par GAREL. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai.) — Laryngite sous-muqueuse traitée par l'eau chaude, par BUCKMASTER. (*New York med. journ.*, 22 janv.) — Périchondrite du larynx ; nécrose du cricoïde, par KNIGHT. (*New York med. Journ.*, p. 11, 1er janv.) — Le traitement de la laryngite dans les états professionnels où le malade ne peut garder le repos, par SOLIS COHEN. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 26 mai.) — Laryngite aiguë chez les enfants, par FOXWELL. (*Birmingham med. Review*, févr.) — Laryngite chronique et ses conséquences, par G. HUNTER MACKENZIE. (*Edinb. medic. Journ.*, p. 599, janvier.) — Glottes supplémentaires, par GOUGUENHEIM. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai.) — Conditions de développement du spasme de la glotte, par FLESCH. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 mars.) — Fièvre intermittente et autres maladies infectieuses à Vera-Cruz, avec remarques sur l'étiologie du spasme de la glotte, par CARL HEINEMANN. (*Arch. f. path. ann. u. Phys.*, CII, H. 3, p. 467.) — Spasme de la glotte dans un cas d'anévrisme de l'aorte, par BRESGEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 févr.) — Trachéotomie pour un œdème de la glotte dans un cas de tuberculose laryngée, par AUDRY. (*Lyon méd.*, p. 120, 22 mai.) — Tuberculose et syphilis laryngo-pharyngée ; leçon par DE RENZI. (*Rivista clinica e terapeutica*, oct. 1886, p. 505.) — Traitement chirurgical de la phtisie laryngée, par HERING. (*Ann. des mal. de l'oreille*, mai — Traite-

ment de la tuberculose laryngée, par V. Brunn. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 404.) — Anévrisme du tronc innominé (2 cas diagnostiqués par la paralysie de la corde vocale, par Schaeffer. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 12.) — Paralysie bilatérale des dilatateurs glottiques par pression exercée sur le récurrent gauche par un anévrisme aortique ; mort par rupture de l'anévrisme, par Beschorner. (*Ibid.*, n° 5.) — De la mogiphonie, par Bresgen. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 403.) — Paralysie des cordes vocales et ictère, par Gerhardt. (*Ibid*, n° 16, p. 325.) — Paralysie du larynx, par Lubet-Barbon. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Tubage de la glotte, par Chabanet. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Note au sujet des principales objections au tubage du larynx, par Sajous. (*Americ. laryng. Assoc.*, 26 mai.) — Laryngotomie crico-thyroïdienne après tubage du larynx ; enfant de 20 mois ; mort, par Hance (*New York Acad. of med.*, 2 juin.) — Le tubage du larynx dans la diphtérie, par Gouguenheim. (*Rev. de clin. et thérap.*, 26 mai.) — Un cas de tubage de la glotte ; mort, par Wheeler. (*New York med. Journ.*, p. 238, 26 févr.) — Le tubage du larynx, par Dubrueil. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, n° 14.) — Documents pour servir à l'histoire du tubage en Amérique, par Dubrueil. (*Gaz. hebdom. de Montpellier*, n° 23.) — Fraise pour le râclage des cordes vocales, par Garel. (*Rev. de laryngol.*, 1er mai.) — Quelques cas rares de maladies du larynx (gommes et kystes, par Fischer. (*Wiener med. Woch.*, n° 17.) — Le cathétérisme dans les sténoses syphilitiques, par Ferreri. (*Sperimentale*, juin.) — Gomme du larynx, par E. Holden. (*New York med. Journ.*, 29 janvier.) — Sténose du larynx traitée par la divulsion et la dilatation systématique, par Asch. (*Americ. laryngol.*, *Assoc.*, 28 mai.) — Fibrome d'une corde vocale, par Socin et Keser. (*Baselen Spital-Bericht.*, févr. 1885.) — Traitement des papillomes du larynx, par C. Ferreri. (*Lo Sperimentale*, p. 133, février.) — La chirurgie intralaryngée et les affections malignes du larynx, par Semon, Lennox Browne. (*Brit. med. Journ.*, 4 et 11 juin.) — Corps étranger du larynx pris pour un croup ; trachéotomie ; mort par inanition, par Köhl. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, nov. 1886.)

Lavement. — Formules de lavements nutritifs, par Ewald. (*Therap. Monat.*, avril.)

Lèpre. — Leçons sur la lèpre, par Bidenkap. (*Londres*, 1886.) — Sur la culture des bacilles de la lèpre, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Acad. di med. di Torino*, 6 mai.) — La contagion de la lèpre, par Jelly. (*Brit med. journ.*, 23 juillet.) — Sur la nature de la lèpre, par Arning. (*Münch. med. Woch.*, n° 25.) — Le bacille de la lèpre, par Destrée. (*Bull. de la Soc. belge de microscopie.*) — Bacilles de la lèpre, par Stefanini. (*Riforma med.*, mai.) — De l'inoculation de la lèpre aux animaux, par Campana. (*Viertelj. f. Derm.*, XIV, 2.) — De l'inoculation de la lèpre aux animaux, par Campana. (*Boll. Acad. med. di Genova*, II, n° 3.) — Communication sur la lèpre d'après des observations faites au Brésil, par A. Lutz. (*Monatsch. f. prakt. Dermat.*, mai.) — Recherches sur la lèpre, par Lutz. (*Ibid.*, VI, n° 11.) — Trois cas de lèpre, par Kaposi. (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 févr.) — La lèpre aux îles Hawaii, par de Varigny. (*Rev. scientif.*, 16 juillet.) — Étude de quelques formes de lèpre et ses manifestations sur les yeux, le nez et les oreilles, d'après 48 cas de l'hôpital des lépreux de Rio, par A. Lima. et de Mello. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI. n° 13.) — Des affections des yeux chez les lépreux, par Böckmann. (*Medicininsk Revue*, août 1886.) — Des altérations des os dans la lèpre, par Sawtschenks. (*Wratch.*, n° 17.)

Leucémie. — Leucémie cutanée, par Hochsinger et Schiff. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 3.)

Lichen. — Cas de lichen rouge obtusus et planus, par Lutz. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 13.)

Lipome. — Lipome de la hanche suppuré, par Jacques Reverdin et Albert Mayor. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, p. 215.) — Lipomes de la paroi abdominale, par Tillaux. (*Semaine méd.*, 15 juin.)

Locomotion. — Locomotion comparée ; mouvement du membre pelvien chez l'homme, l'éléphant et le cheval, par Marey et Pagès. (*Acad. des sciences*, 18 juillet.) — Notes sur la marche, par de Pouvourville. (*Journal des sciences miltaires*, 1886-1887.)

Lupus. — Lupus ; bacille tuberculeux dans les préparations d'une tumeur lupique du doigt, par Reeves. (*Med. News*, 25 juin.) — Lupus et tuberculose, par Demme. (*Würzburg med. Blätter*, n° 2.) — Lupus de la main ; lymphangite gommeuse de l'avant-bras et du bras de nature scrofulo-tuberculeuse ; amélioration rapide par les injections d'éther iodoformé, par Morel-Lavallée. (*Bull. méd.*, 20 juillet.) — Injections parenchymateuses de sublimé dans le lupus ; guérison, par Tansini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 47.)

Luxation. — Luxation irréductible du pouce, par Ratton. (*South Indian Branch*, 7 mai.) — Sur un cas de luxation traumatique de l'os semi-lunaire sur la face palmaire du poignet, par Albertin. (*Province méd.*, 2 juillet.) — Traitement des luxations anciennes du coude, par Stimson. (*New York med. Journ.*, 2 avril.) — De la luxation sous-glénoïdienne de l'épaule, par Villar. (*Gaz. des hôp.*, 14 juillet.) — Luxation de la tête du radius en bas par élongation, par Santwoord. (*New York med. Journ.*, p. 53, 15 janv.) — Des luxations congénitales de la hanche envisagées plus spécialement au point de vue thérapeutique, par Porto. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Diagnostic de la luxation congénitale de la hanche, par Albert. (*Wiener med. Presse*, n° 13, p. 433.) — Luxation pathologique de la hanche consécutive à une ostéo-myélite limitée à la tête du fémur et compliquée d'arthrite ; mécanisme des luxations dans les ostéo-arthrites infectieuses, par Lannelongue. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XIII, p. 17-22.) — De la résection de la hanche dans les luxations congénitales, par Vincent. (2e *Cong. franç. de chir.*) — Sur un cas de luxation du pied, compliquée de la rupture de la capsule et des ligaments articulaires externes ; de rupture et de déchirure du tendon du muscle court péronier latéral, avec plaie contuse des téguments ; guérison avec ankylose, par de Biase. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 238, mai 1886.) — De l'intervention chirurgicale sanglante dans le traitement des luxations traumatiques irréductibles de la hanche, par Fretin. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.)

Lymphatique. — De l'existence d'espaces lymphatiques vrais à l'intérieur des cellules nerveuses et de leurs prolongements dans le système nerveux central, par de Hieronymis. (*La Riforma med.*, 26 juin.) — La pathologie des ganglions lymphatiques dans l'enfance, par Read. (*New York med. Journ.*, p. 34, 8 janv.) — Contribution à la statistique de l'extirpation des ganglions tuberculeux, par Brun. (*Wien. med. Blätter*, n° 24, p. 750.)

M

Main. — Un cas de sclérodactylie, par Potain. (*Gaz. des Hôpit.*, 26 juillet.) — Un cas de syndactylie, par Hochenegg. (*Soc. des Méd. de Vienne*,

18 février.) — Doigts supplémentaires sur le bord cubital de chaque main, par Béranger. (*Poitou méd.*, 1er juillet.) — Du doigt à ressort, par Eulenburg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 1, p. 7.) — Un cas de contracture des doigts (contracture de Dupuytren) traitée avec succès par la méthode d'Adams, par J. Homans. (*Boston med. Journ.*, 24 fév.) — Des limites de la conservation après le traumatisme de la main, par Mme Véroudart. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.)

Maladies professionnelles. — Étiologie de la maladie des chiffonniers, par Krannhals. (*Zeit. f. Hygiene*, II, n° 2.)

Malformation. — Cas de fissures congénitales de la face et de la poitrine, par Morian. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 juin 1886.) — Malformation congénitale de la hanche, par Branfoot. (*South indian Branch*, 4 juin.)

Mamelle. — Sur une mammite gangréneuse des brebis laitières, par Nocard. (*Recueil de méd. vétér.*, n° 10.) — Deux cas de polymastie chez la femme, par de Sinéty. (*Gaz. méd. de Paris*, 2 juillet.) — Sur les inflammations de la glande mammaire chez la femme, par Bumm. (*Samml. klin. Vort.*, n° 282.) — Maladie de Paget, par Richard. (*Thèse de Paris*, 16 juillet.) — Cas rare de galactorrhée, par Wylie. (*N. York obst. Soc.*, 19 avril.) — De l'hypertrophie mammaire dans la tuberculose pulmonaire, par Allot. (*Thèse de Paris*, 2 juin.) — La maladie kystique de la mamelle, par Sourice. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Maladie kystique de la mamelle, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 7 juillet.) — Maladie kystique et mammite chronique, par Reclus. (*Gaz. des hôp.*, 4 août.) — Statistique de cancers de la mamelle ; de leur traitement, par Schmid. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Diagnostic des tumeurs malignes du sein, par Després. (*Bull. méd.*, 20 juillet.) — De l'enchondrome de la mamelle, par Cambria. (*Riv. ven. di sc. med.*, n° 4.) — Tumeurs associées du sein ; kyste dermoïde et fibromes multiples ; suppuration du kyste, par Jacques-L. Reverdin et Albert Mayor. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, 96.) — De l'extirpation des ganglions axillaires dans le cancer du sein, par Sheild. (*Cambridge med. Soc.*, 3 juin.) — Du pansement durable et de l'opération du cancer du sein, avec évidement de l'aisselle et de la région sous-pectorale, guérie sous un pansement unique, par Mueller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er avril.)

Massage. — Le massage, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. méd.*, 8 juillet.) — Manuel de massage, par G. Huenerfauth. (*Leipzig.*) — Influence du massage sur les sécrétions des reins, par Bumm. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 mars.) — Le massage en gynécologie, par Profanter. (*Vienne.*)

Maxillaire. — Abcès fétide du sinus maxillaire gauche simulant un ozène ; ouverture par l'alvéole, par Luc. (*Journ. de méd. de Paris*, 27 mars.) — Abcès de l'orbite et fistule lacrymale consécutifs à la suppuration du sinus maxillaire, par Ziem. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 7 mai.)

Médecine (hist.). — Documents pour servoir à l'histoire de l'université de médecine de Montpellier, par Dubouchet. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 17.) — La médecine en Annam, par Mongin. (*Thèse de Paris*, 18 juin.) — Notice sur la vie et les œuvres de Francesco Mogni, par Pedrazzoli. (*Rivista clinica di Bologna*, n° 1, janv.) — La médecine chez les Grecs avant Hippocrate, par J. Ball. (*Journ. of Am. med. Ass.*, p. 309, 11 mars.) — L'enseignement médical aux Etats-Unis, par de Valcourt. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — Les sciences accessoires dans les facultés de médecine, par Lacaze-Duthiers. (*Rev. scientif.*, 23 juillet.) — L'art et la science, par Yves Guyot. (*Rev. scientif.*, 30 juillet.)

Médecine légale. — Manuel de la législation médicale de l'Empire et des

États d'Allemagne, par Wiener. (*Stuttgart.*) — Collection des lois médicales prussiennes mises en vigueur, par A. Wernich. (*Berlin.*) — De la responsabilité médicale, par L. Reuss. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, p. 121 et 403.) — Étude sur le secret professionnel, par Brethenoux. (In-8°, *Bordeaux.*) — Mort rapide à la suite d'une rixe, par Jaumes. (*Ann. d'hygiène* juillet.) — Les faux témoignages des enfants devant la justice, par Motet. (*Ann. d'hyg.*, juin.) — Considérations médico-légales sur la taille et le poids depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, par P. Bernard. (*Arch. d'anthrop. criminelle*, II, n° 9.) — De la submersion expérimentale ; rôle de l'estomac comme réservoir d'air chez les plongeurs, par Lacassagne. (*Arch. d'anthrop. criminelle*, II, n° 9.)—Rapport sur l'état mental de Buys inculpé d'un quintuple assassinat; folie épileptique, par Coutagne. (*Ibid.*, II, n° 9.) — Immersion d'un nouveau-né dans un liquide bouillant; question de docimasie pulmonaire ; expériences, par Montalti. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 1.)—Quelques recherches sur l'action momifiante du cyanure de potassium, par Nicoletti. (*Ibid.*, XIII, 1.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'A. G..., inculpée d'infanticide, par Chatelain et Langlois. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 juin.) — Corps étrangers de l'urètre, du vagin, de l'utérus; signes de pédérastie passive, par Brouardel. (*Gaz. des hôpit.*, 31 mai.) — Pédérastie passive et active, par Brouardel. (*Gaz. des hôpit.*, 28 juin.) — Suicide par coup de feu dans la bouche ; alcoolisme et pachyméningite chronique, par Martial Hublé. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, 285, mars.) — Viol et attentat à la pudeur; statistique ; étude de la victime et du coupable en général, par Brouardel. (*Gaz. des hôpit.*, 9 août.) — Assassinat d'une femme dont le cadavre est précipité dans un puits pour faire croire à un accident ; parricide, par Eugène Lafargue. (*Ann. d'hyg. publ.*, XVII, 50, janv.) — Deux rapports médicaux sur des aliénés (1° imbécillité avec idée de grandeur; 2° manie raisonnante avec dipsomanie), par Alfred Richter. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, XLVI, p. 39, janv.) —Avis du comité prussien des affaires médicales sur les mesures propres à rendre plus sérieuse la surveillance exercée par l'État sur les asiles d'aliénés privés. (*Ibid.*, XLVI, p. 160, janv.) — Huit autopsies de nouveau-nés intéressant le médecin légiste, par Winter ; deux cas d'étranglement par le cordon ombilical avec sillon cervical et en outre hémorragie cérébrale intraventriculaire chez l'un; hémorragie intracranienne considérable n'amenant la mort que le cinquième jour; trois cas de lésions dues à la respiration artificielle par la méthode de Schultze: épanchements sanguins dans le péritoine ; rupture du foie; fracture de côte, de l'écaille occipitale ; docimasie pulmonaire négative après 6 heures de vie chez un enfant né à terme ; docimasie gastro-intestinale chez un mort-né. (*Ibid.*, XLVI, p. 81, janvier.) — La question du vagabondage envisagée au point de vue médico-légale, par E. Mendel. (Une forte proportion des individus condamnés comme vagabonds sont en fait des aliénés qu'on devrait interner.) (*Ibid.*, XLVI, 278, avril.) —Procédé de coloration pour l'étude de l'enduit caséeux du fœtus, par F. Strassmann. (*Ibid.*, p. 314.)

Médecine militaire. — L'antisepsie sur le champ de bataille et le paquet antiseptique du soldat, par Chalot. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 25.) — Antisepsie de guerre en Allemagne, par Hubart. (*Wien. med. Presse*, n° 7, p. 242.) — Le service de santé et la nouvelle loi militaire, par Le Fort. (*Rev. des Deux-Mondes*, 1er juin.) — Le poste de Nam-Dinh dans le delta du fleuve Rouge, par Morand. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.) — De quelques procédés de lavage des hommes dans les casernes, par Laveran. (*Ibid.*, juin.) — Quelques moyens d'improviser des convois et divers modes de transports de blessés dans les pays de montagne, par Viry. (*Ibid.*, juin.) — Relation médico-chirurgicale de la campagne du Sud-Oranais,

par Delmas. (*Ibid.*, août. — Note sur l'application des principes de la statistique à l'observation de quelques petites épidémies observées à l'Ecole spéciale militaire, par Viry. (*Ibid.*, août.) — Controverse relative à la statistique des maladies vénériennes observées dans l'armée belge, par Célarier et Moeller. (*Bull. de l'Acad. de Belgique,* n° 3.)

Médecine opératoire. — Les opérations réglées et leur répétition sur le cadavre, par Emil Rotter. (*Munich.*)

Méninge. — Un cas de méningite de la base, par W.-G. Winner. (*Therap. Gaz.*, p. 24, janvier.) — Méningite tuberculeuse consécutive à un traumatisme de la tête chez un enfant de 6 ans, en convalescence d'une rougeole peu grave, par Ozenne. (*Bull. méd.,* 22 juin.) — Anomalies et diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse de l'enfance, par Simon. (*Semaine médic.*, 1er juin.) — Étiologie et symptômes de la méningite épidémique, par Steiner. (*Deut. med. Woch.*, n° 10, p. 191.) — Contribution à l'étude de la fièvre cérébro-spinale, par Smith. (*N. York med. Record.*, n° 20.) — De la méningite cérébro-spinale, par Dumont. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers,* avril-mai.) — Méningocèle, par Langlet. (*Union méd. du Nord-Est*, 15 juillet.)

Menstruation. — Menstruation et fécondation, par Auvard. (*Gaz. hebdom.*, 17 juin.)—Etude de la dysménorrhée membraneuse par le microscope, par Dutremblay. (*Thèse de Paris*, 31 mai.) — De l'emploi du permanganate de potasse pour combattre l'aménorrhée, par H.-I. Bolts. (*Therap. Gaz.*, p. 31, janvier.)

Moelle. — Anatomie fine de l'olive bulbaire, par Vincenzi. (*Acad. med. di Roma*, 27 fév., et *La Riforma med.*, 11 juin.) — Un deuxième cas de conformation anormale de la colonne de Clarke, par Musso. (*Riv. sper. di freniatria*, VIII, 1.) — Les dégénérescences pseudo-systématiques de la moelle consécutives à la leptoméningite chronique, par Borgherini. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 1.) — Pathogénie des amyotrophies, par Gaboriaud. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Étude sur la sclérose en plaques à forme paralytique, par Gilbert et Lion. (*Arch. de Physiol.*, 1er juillet.) — Myélite interstitielle diffuse, par Copin. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Sclérose latérale amyotrophique, revue par Florand. (*Gaz. des hôp.*, 18 juin.) — Les amyotrophies, revue critique, par Seppilli. (*Riv. sper. di freniatria*, XIII, 1.) — De l'amiotrophie progressive héréditaire, par Musso. (*Riv. clinica di Bologna*, n° 6.) — Dégénération descendante et ascendante de la moelle épinière consécutive à une compression cervicale, par Codeluppi. (*Riv. sper. di fren.*, fasc. IV.)— Essai sur le tabes moteur, par Tacussel. (*Thèse de Lyon*, n° 360.)—Ataxie locomotrice dès l'enfance chez deux frères, par Moritz Freyer. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 fév.)— Pathogénie du tabes dans ses rapports avec la syphilis, par Bianchi. (*Giorn. int. d. sc. med.* 3.) — De la dacryorrée tabétique, par Féré. (*Soc. de biol.*, 8 janv.)—Affection tabétique de la moelle épinière avec lésion osseuse de l'articulation du poignet droit, par Danilos. (*Viestnik nevropathol. psych.*, 1885.) — Tabes dorsal avec arthropathie du poignet droit, par Danillo. (*Med. contemporanea*, sept. 1886.) — Tabes ataxo-spasmodique (paraplégie ataxique) survenant dans un cas de démence primitive, par Stewart. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Contribution à l'étude des blessures de la moelle épinière, par Greidenberg. (*Viestnik nevropath. psych.*, 1885.)

Mort.—Du mécanisme de la mort sous l'influence de la chaleur, par Bonnal. (*Acad. des sc.,* 4 juillet.) — Recherches faites à Amiens sur les restes d'un supplicié, par Regnard et Loye. (*Acad. des sc.*, 27 juin.) — Recherches

expérimentales sur des chiens décapités (circulation et respiration), par Loye. (*Acad. des sciences,* 4 juillet.) — Recherches expérimentales sur la mort par décapitation, par Loye. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — La mort subite, par Collineau. (*L'Homme*, n° 2.)

Mortalité. — Résultats, au point de vue de la mortalité, de l'organisation en Italie d'une administration sanitaire, par Henri-Ch. Monod. (*Rev. d'hyg.*, février.)

Muscle. — Recherches sur les muscles de la face chez les primates, par Ruge. (In-8° *Leipzig.*)—Recherches anatomiques sur les muscles de Wilson et de Guthrie, par Cros. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 15.) — Recherches sur la structure des faisceaux musculaires striés, par Rollete. (*Denkschriften der mathem. naturwissensch. Klasse der Wiener Akad.*, XLIX.) — Absence de certains muscles de l'épaule, par Kahler. (*Wiener med. Woch.*, n° 12.) — La thermodynamique et le travail chez les êtres vivants, par Hirn. (*Rev. scientif.*, 18 juin.) — Excitation directe des muscles striés au moyen d'un courant constant, par K. Hallstein. (*Zeits. f. Biol.*, XXIII, p. 486.) — Propriétés optiques des fibres musculaires vivantes, par S. Exner. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 360.) — Résistance longitudinale et transversale des muscles, par L. Hermann. (*Arch. f. die ges. Phys.*, XXXIX, p. 490.) — L'activité musculaire comme mesure de l'activité psychique, par F. Loeb. (*Arch. f. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 592.) — Sur l'onde galvanique du muscle, par L. Hermann. (*Ibid.*, XXXIX, p. 597.) — Nouveaux documents sur les relations qui existent entre le travail chimique et le travail mécanique du tissu musculaire; de l'activité nutritive et respiratoire des muscles qui fonctionnent physiologiquement sans produire de travail mécanique, par Chauveau. (*Acad. des sciences*, 20 juin.) — Relations du travail musculaire avec les actions chimiques de la respiration, par Richet et Hanriot. (*Acad. des sciences*, 4 juillet.) — Myosite suppurée du muscle grand droit de l'abdomen, par Wiell. (*Union médic. du Nord-Est,* 15 juillet.) — Myosite aiguë simulant une nécrose aiguë; guérison après incision et pansement antiseptique, par Parker. (*Brit. med. Journ.*, p. 178, 23 juillet.)—Myosite aiguë suppurée, par Clark. (*Brit. med. Journ.*, 9 juillet.) — Myosite aiguë généralisée infectieuse, par Jackson. (*Boston med. Journ.*, II, n° 21.)—Myosite calleuse primitive des muscles du mollet, par Kreiss. (*Berlin. klin. Woch.*, 20 déc. 1886.) — Deux cas d'atrophie musculaire progressive infantile chez le frère et la sœur issus de parents consanguins, par Otto Buss. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 49, 24 janv.) — Polymyosite aiguë progressive, par Unverricht. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 5 et 6.) — Sur les tumeurs malignes des muscles striés, par Cristiani. (*Arch. de Physiol.*, 1er juillet.)

Mycosis. — Un cas de mycosis fongoïde, par Manassei. (*Bull. d. Accad. med. di Roma,* n° 4.)

Myopie. — La myopie scolaire, par Pflueger. (*Ann. d'hyg.*, août.)

Myxœdème. — Du myxœdème, par Rud. Virchow et discussion. (*Berlin. klin. Woch.*, 21 février.) — Un cas de myxœdème, par Senator. (*Ibid.*, 28 fév.) — Deux cas de myxœdème, par W. Erb. (*Ibid.*, p. 33, 17 janvier.) — Une observation de myxœdème, par Landouar. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Myxome.— De l'intervention chirurgicale dans le myxome diffus des membres, par Pollosson. (*Province méd.*, 28 mai.)

N

Nerf. — Recherches anatomo-physiologiques sur le ganglion ophtalmique, par JEGOROW. (*Archiv. slaves de biol.*, III, n° 1.) — Contribution à l'étude des faisceaux nerveux, par BOVERI. (*Abhandl. der K. bayeresch. Akad. d. Wissensch. zu München.*, 1885.) — Morphologie sacrée du plexus chez l'homme, par PATERSON. (*Journal of anatomy and physiol.*, XXI, 3.) — Les nerfs gustatifs, par SCHIFF. (*Revue méd. Suisse romande*, VII, 54, janvier.) — Sur l'origine du nerf hypoglosse, par VINCENZI. (*Atti della Reale Accad. dell scienze di Torino*, XX.) — Des origines du nerf pneumogastrique, par VINCENZI. (*Gazetta delle cliniche*, n° 14, 1885.) — Note préliminaire sur le noyau d'origine dans le bulbe rachidien des fibres motrices ou cardiaques du nerf pneumogastrique, par LABORDE. (*Trib. médicale*, 1er mai.) — Procédé de coupe à la scie pour découvrir la totalité du canal facial, par KIESSELBACH. (*Monats. f. Ohrenheil.*, p. 33.) — Variations dans l'innervation des muscles lombricaux du pied et de la main ; notes sur l'innervation des fléchisseurs perforants, par BROOKS. (*The journ. of anat.*, juillet.) — Anatomie et physiologie du nerf récurrent, par HOOPER. (*Amer laryng. Assoc.*, 27 mai.) — Recherches nouvelles sur les terminaisons des nerfs moteurs, par W. KUHNE. (*Zeitsch. f. Biologie*, XXIII, p. 1.) — Les vaso-dilatateurs, par MORAT. (*La Province méd.*, 18 juin.) — De l'action réflexe des nerfs olfactifs sur les nerfs du palais et de l'estomac, par SMITH. (*Med. chronicle*, mars.) — Influence des excitations du trijumeau sur la sensibilité tactile et la thermoesthésie de la face, par URBANSCHITSCH. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 mai.) — Sur la dégénérescence paralytique des nerfs, par SCHIFF. (*Semaine méd.*, 29 juin.) — Paralysie radiculaire du nerf sciatique par compression à la suite de l'accouchement, par VINAY. (*Revue de méd.*, 10 juillet.) — De la suture des nerfs, par RECLUS. (*Bull. méd.*, 5 juin.) — De l'élongation des nerfs ou névrectomie pour le soulagement de la douleur, par MARSHALL. (In-8°, *Londres.*) — Traitement des névralgies par la cataphorèse, par ADAMKIEWICZ. (*Congrès de Wiesbaden ; Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 366.) — De la cocaïne pour aider au diagnostic de la névralgie et de la névrite, par ALLEN STARR. (*New York med. Record*, 2 juillet.) — Un cas rare de névrite multiple primitive, par COMINI. (*Gaz. med. it. Lomb.*, n° 3.) — Des névrites multiples et de leurs rapports avec certaines névroses périphériques, par M. ALLEN STARR. (*Boston med. Journ.*, 3 févr.) — De la névrite périphérique dans la phtisie, par SUCKLING. (*Brit. med. journ.*, p. 126, 16 juillet.) — De la pathogénie des névrites périphériques, par GRIMODIE. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — De la névrite radiculaire multiple syphilitique, par KAHLER. (*Zeit. f. Heilk.*, VIII, 1.) — Sur une cause rare de névroses réflexes, par SEIFERT. (*Sitz. d. phys. med. Gesells. zu Wurzburg*, p. 115, 1886.) — Du névrome malin et de la disposition des fibres nerveuses dans cette tumeur, par F. KRAUSE. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 293.) — Névrome du tibial postérieur, par LANNELONGUE. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril.)

Nerveux (Système). — Remarques sur le développement et l'abolition de l'énergie fonctionnelle du système nerveux, par JACKSON. (*Journ. of mental sc.*, avril.) — Oscillations positives et négatives du courant nerveux, par HEAD. (*Arch. f. die ges. Phys.*, XL, p. 274.) — Sur divers effets d'irritation de la partie antérieure du cou et en particulier de la perte de la sensibilité et la mort subite, par BROWN-SÉQUARD. (*Acad. des sciences*,

4 avril.) — La vitesse de propagation de l'influx nerveux dépend-elle de la force de l'excitation, par VINTSCHGAU. (*Arch. f. d. ges. Physiol.*, XXXIX, p. 68.)

Névrose. — Nervosisme et névroses; hygiène des énervés et des névropathes, par CULLERRE. (In-18, *Paris.*) — Étude clinique de la céphalée neurasthénique, par LAFOSSE. (In-8°, *Paris.*) — La neurasthénie sexuelle chez l'homme, par KRAFFT-EBING. (*Wien. med. Presse*, n° 5, p. 161.) — Singulier phénomène hallucinatoire chez une névropathe, par DE GIOVANNI. (*Rivista sper. di fren.*, fasc. IV.) — De l'antipyrine dans la migraine bilieuse, par OGILVY. (*Brit. med. journ.*, 16 juillet.) — De la saignée nasale pour la guérison des céphalées congestives, par GLASGOW (*Americ. laryngol. Assoc.*, 27 mai.) — Pathologie et traitement des névroses respiratoires vaso-motrices, par J.-N. MACKENZIE. (*New York med. Journ.*, p. 231, 26 février.)

Nez. — De la vue rhinoscopique antérieure, par CRESWELL BABER. (*Revue de laryngol.*, p. 346, juin.) — Convulsions choréiformes d'origine réflexe chez un nourrisson d'un mois atteint de coryza, par CORIVEAUD. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mai.) — Hygiène spéciale dans l'asthme et la rhinite « prurigineuse », (fièvre des foins, etc.), par THORS.-F. RUMBOLD. (*Amer. practitioner and News*, 11 déc. 1886.) — Le gonflement de la muqueuse nasale dans le décubitus latéral, par BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17, p. 360.) — Les réflexes pathologiques du nez; étude historique, par JOHN N. MACKENSIE. (*Americ. laryng. Assoc.*, 26 mai.) — Les effets des affections des fosses nasales sur les autres parties des voies respiratoires, par FRENCH. (*New York med. Journ.*, 13 nov. 1886.) — Influence de la rhinite chronique sur la conjonctive, démontrée par un cas, par F.-M. RUMBOLD. (*Saint-Louis med. and surg. journ.*, novembre 1886.) — Des réflexes d'origine nasale comme cause d'affection des yeux, par CHEATHAM. (*Americ. practitioner*, 2 avril.) — Exophtalmie et diplopie consécutifs à un empyème du tissu frontal droit, par MAGNUS. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, décembre 1886.) — Du cathétérisme des sinus frontaux, par JURASZ. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 janvier.) — Le coryza et son traitement par FRONTIS. (*New Orleans med. and surg. journ.*, avril.) — Du traitement du catarrhe du sinus maxillaire (cathétérisme par le nez, dilatation artificielle de l'orifice), par SCHIFFERS. (*Rev. de laryngol.*, 1er juin.) — Le traitement de la rhinite atrophique par le courant galvanique, par DELAVAN. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 26 mai.) — Des déviations et des callosités de la cloison nasale, par BRESGEN. (*Wien. med. Presse*, n° 7, p. 237.) — Du rétrécissement des fosses nasales causé par l'étroitesse du palais et l'implantation anormale des dents, par EYSELL. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov. 1886.) — Deux cas d'occlusion congénitale des narines à la partie antérieure, par JARVIS. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 28 mai.) — Chancre mou du nez et de l'oreille moyenne, par GURANOWSKI. (*Deut. med. Zeit.*, n° 3.) — Érysipèle du nez et hémorragie intestinale, par HARWOOD. (*Amer. Practitioner*, 30 avril.) — Kyste dermoïde du dos du nez, par VIEUSSE. (*Rev. méd. de Toulouse*, 15 juin.) — Sur une cause fréquente d'hémorragie nasale; ulcérations dans la rhinite atrophique, par ROBINSON. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 26 mai.) — De l'épistaxis spontanée, par BANDLER. (*Prager med. Woch.*, 25 mai.) — Épistaxis, par G.-G. VAN DER VEN. (*Geneesk courant*, XI, n° 5.) — Du traitement de certaines épistaxis rebelles (vésicatoire sur le foie), par VERNEUIL. (*Bull. Acad. de méd.*, XVII, n° 17.) — Histologie et nature parasitaire du rhinosclérome, par WOLKOWITSCH. (*Cent. f. med. Wiss.*, n° 47, 1886.) — Du rhinosclérome, par W. MANDELBAUM. (*Wratsch.*, n° 38, 1886.) — Rhinolithe, par SCHOETZ. (*Berlin.*

klin. Woch., 3 janv.) — Calculs des fosses nasales, par Köhler, Morelli, Schlesinger. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 nov. 1886.) — Tumeur primitive des fosses nasales, par Loumeau. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 avril.) — Angiome de la cloison du nez, par H. Burckhardt. (*Bericht über den Betrieb des Ludwigs-Spitals Charlottenhilfe in Stuttgart*, II, 1884-1885.) — Traitement chirurgical des polypes du nez, par Lange. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 213.) — Polype naso-pharyngien récidivé, guéri par l'électrolyse, par Lincoln. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 28 mai.) — Opération pour les tumeurs sarcomateuses post-nasales, par Duffield. (*Americ. Lancet*, avril.) — Crises épileptiformes provoquées par un polype rétro-nasal, par Richardson. (*The Asclepiad*, IV, n° 13.) — Sarcome des fosses nasales ; ablation ; ozène consécutif, par Routier. (*Rev. de chir.*, janv.) — Du traitement des fibromes vasculaires naso-pharyngiens par l'électrolyse, par Carl Michel. (*Monatschrift f. Ohrenh.*, n° 5, p. 116.)

Nutrition. — Études sur la nutrition, par J. Seegen. (*Berlin.*) — Expériences physiologiques sur le rôle des albuminoïdes des substances hydrocarbonées et des graisses, par Burrow. (*Brit. med. Assoc.*, 1886 ; *London med. Record*, mai 1887.) — Contribution à la connaissance des albumoses, par R. Nenmeister. (*Zeitschr. f. Biol.*, XXIII, p. 381.) — Teneur en graisse du corps et de ses différents organes chez les animaux maigres et chez les animaux gras, par L. Pfeiffer. (*Ibid.*, XXIII, p. 340.) — Valeur nutritive des lavements de peptones, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, 14 mars.)

O

Obésité. — L'obésité et les eaux minérales, par Schivardi. (*Gaz. di ospit.*, n° 45.) — Le dynamomètre dans la cure de l'obésité, par Sterk. (*Wiener med. Presse*, n° 21, p. 734.)

Occlusion intestinale. — De l'obstruction intestinale par calculs biliaires, par Gonzalez. (*Thèse de Paris*, 1er juillet.) — Cas d'obstruction intermittente dans l'intestin ; colotomie lombaire droite ; guérison, par E.-H. Bradford. (*Boston med. Journ.*, 17 fév.) — Variété rare d'occlusion aiguë du diverticulum, par rotation de l'intestin, par Maroni. (*Morgagni*, mai.) — Deux observations d'étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques, par Desnos. (*Union médic.*, 5 avril.) — Trois cas d'occlusion intestinale, par Heydenreich. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 952.) — Deux cas d'occlusion intestinale, par Waitz. (*Soc. méd. de Hambourg*, 11 janv.) — Diagnostic dans un cas d'occlusion intestinale, par Andrenelli. (*Gaz. d. ospit.*, n° 27.) — Note sur un cas d'obstruction intestinale d'une durée de 26 jours, chez un homme de 70 ans ; guérison, par James Muro. (*Edinb. med. journ.*, p. 801, march.) — Obstruction intestinale ; laparotomie ; mort, par Dalton. (*Journ. of Amer. med. Ass.*, p. 440, 16 april.) — De l'entérotomie dans l'occlusion intestinale, par Fuhr. (*München. med. Woch.*, n° 9.)

Œil. — Anatomie de la capsule de Tenon, par Lockwood. (*Oph. soc. of the unit. Kingdom.*, 23 juin.) — Les yeux de Minerve, par Sous. (*Rev. clin. d'oculist.*, n° 2.) — Sur la structure physico-optique de l'œil du cervus alces, par L. Matthiessen. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 314.) — Influence du sympathique sur la pupille de l'oiseau, par Gruenhagen. (*Ibid.*,

XXXIX, p. 65.) — La loi de Listing, par Tscherning. (*Thèse de Paris*, 3 juin.) — De la nutrition des milieux transparents de l'œil, par Audry. (*Lyon méd.*, 19 juin.) — D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil, par Panel. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — De l'une des causes des amétropies stationnaires, par Imbert, (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 25.) — Méthode graphique dans les recherches de la tension intra-oculaire, par Bellarminoff, traduit par Van Duyse. (*Ann. d'oculist.*, mars-avril.) — Statistique du service ophtalmologique du dispensaire Furtado, par Meyer. (In-8°, 1886.) — Mouvements associés de la paupière supérieure et du globe de l'œil, par Philipps. (*Ophthalm. soc. of the unit. kingd. in Ophthal. review*, mars.) — Sur la déformation des images produites par les appareils optiques asymétriques, par Leroy. (*Rev. d'ophtalm.*, 30 avril.) — Causes de la faiblesse et de la fatigue des yeux, par Williams. (*St-Louis med. and surg. journ.*, LII, n° 1.) — D'un mouvement combiné particulier des paupières et du globe oculaire, par Baquis. (*Lo Sperimentale*, n° 5.) — L'ophtalmoscope de Loring modifié avec verres cylindriques, par Randall. (*Trans. of the amer. opht. society*, XXII, p, 343.) — Des changements dans le fond de l'œil immédiatement après la mort, par Ellis. (*The amer. journ. of ophtalm.*, april.) — Eclairage par la lumière électrique ; ses effets sur les yeux, par Andrew. (*Trans. of amer. ophtalm. society*, XXII, p. 228.) — Anatomie pathologique de l'œil dans les néphrites, par Charles, duc de Bavière. (*Wiesbaden.*) — Double névrite optique et maladie de Ménière, par Pooley. (*N. York med. journ.*, p. 31, 8 janvier.) — Amblyopie toxique, par Nettleship. (*Ophtalm. soc. of unit. Kingdom*, 23 juin.) — Hémianopsie hétéronyme latérale, par Wahlfors. (*Soc. des méd. finlandais*, 16 avril.) — Atrophie optique d'un œil et hémianopsie temporaire de l'autre, par Story. (*Opht. soc. of the unit. Kingdom*, 9 juin.) — Les paralysies non nucléaires des muscles de l'œil, par Ludwig Mauthner. (*Wiesbaden.*) — Parésie double de l'accommodation consécutive à une fièvre typhoïde, par Calamy. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, n° 1.) — De la paralysie nucléaire des muscles de l'œil, par Haab. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, n° 6, p. 175, 15 mars.) — Paralysie du droit externe, par Mackinlay. (*Ophth. Review*, mars.)—Méthode orthopédique du traitement des paralysies oculaires, par Alt. (*The amer. journ. of ophtal.*, avril.) — Paralysie conjuguée des muscles oculaires et nystagmus, par Gomers. (*Ophthal. review*, mars.)—Un cas d'ophtalmoplégie externe aiguë, due probablement à une lésion scrofuleuse du pont de Varole; guérison, par Berry. (*Edinb. med. journ.*, mars.) — De l'ophtalmoplégie externe, par Beevor. (*Ophth. soc. of the unit. Kingd. in Ophth. review*, mars.) — Sur un cas d'ophtalmoplégie externe à forme compliquée et progressive, par Coroenne. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, n° 1.) — Ophtalmoplégie par thrombose des sinus caverneux, par Coupland. (*Brit. med. journ.*, p. 821, oct.) — Ophtalmoplégie externe dans le tabes, par Suckling. (*Brit. med. journ.*, p. 126, 16 juillet.) — De l'ophtalmoplégie, par Hutchinson. (*Opht. soc. of unit. Kingdom*, 8 juillet.) — De la faradisation épisclérale et de la galvanisation des muscles de l'œil, par Eulenburg. (*Centralbl. f. prakt. Aug.*, mars.) — Cécité monoculaire à la suite d'une plaie du rameau frontal du trijumeau, par Terminara. (*Rivista clinica e therapeutica*, p. 609, nov. et déc. 1886.) — Sur un cas d'ophtalmie sympathique, par Marra. (*La Riforma med.*, 5 juillet.)—Troubles oculaires sympathiques, par J.-L. Minor. (*N. York med. journ.*, p. 321, 19 mars.) — Étude clinique de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par Rivière. (*Ann. de gynécol.*, juin.)—Tares héréditaires, tuberculose et syphilis, par Caudron. (*Rev. génér. d'opht.*, 31 mars.)—Des injections sous-scapulaires de calomel dans certaines formes d'inflammations non syphilitiques de l'œil, par Angelini. (*Gaz. d. ospit.*,

n° 49.) — Indications des lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte, nature du liquide à employer (eau bouillie), par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, 15 mai.) — Tumeurs du nerf optique, par JOCQS. (*Thèse de Paris,* 23 juin.)—Tumeur du lobe occipital gauche avec hémianopsie droite, guérison, par GRUMING. (*Trans. of the amer. opht. soc.*, XXII, p. 349.) — Excision du nerf optique pour remplacer l'énucléation, par WILLIAMS. (*St-Louis med. and surg. journ.*, LII, n° 3, p. 170.) — Usages de la cocaïne dans la chirurgie oculaire, par TROST. (*Americ. journ. of the med. soc.*, avril.) — L'antisepsie en ophtalmologie. (*La Riforma med.*, 16 mai.) — Traitement des maladies de la surface du bulbe oculaire par les vapeurs médicamenteuses, par VIAME. (*Rev. ophtalm.*, mars.) — Asepsie et antisepsie oculaires : un nouveau pansement au sublimé dans les opérations, par BONAGUTI. (*Boll. d'oculist.*, 15 mars.)

Œsophage. — Dysphagie spasmodique chez une fillette de 9 ans, par DARDEL. (*Rev. méd. Suisse romande,* VII, 157.) — Du rétrécissement syphilitique de l'œsophage, par POTAIN. (*Semaine médic.*, 29 juin.) — Gangrène pulmonaire consécutive à l'épithélioma de l'œsophage, par M. ALIVIA. (*Riv. clinica di Bologna*, p. 254, avril.)

Œuf. — De l'incubation de l'œuf humain, par SCHATZ. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, 1.

Ongle. — Nouveau procédé pour l'extirpation des ongles incarnés, bascule avec la spatule engagée sous l'ongle, par SECRETAN. (*Rev. méd. Suisse romande.* VI, p. 759.) — De l'onyxis septique, par FROTTIER. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — De la guérison de l'ongle incarné par les applications d'iodoforme, par FOURNIER. (*Journ. de méd. de Paris,* 13 avril.)

Orbite. — La circulation du sang dans l'orbite, par ELLIS. (*Boston med. and surg. journ.*, avril.) — Veines de l'orbite, par FESTAL. (*Thèse de Paris,* 12 juillet.) — Canine supérieure droite enlevée de l'orbite d'un enfant, par COUSINS. (*British med. journ.*, 23 avril.)

Oreille. — Le conduit auditif dans le traité d'anatomie des organes des sens de Bœttcher, par SCHWALBE. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIV, 4.) — Le développement du limaçon, par BAGINSKY. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIV, 4.) — Les cellules mastoïdiennes empêchent-elles le tympan de se rompre sous l'influence des variations brusques de la pression atmosphérique ? par EYSELL. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov. 1886.) — Estimation de la capacité du conduit auditif dans les conditions normales et pathologiques, par HUMMEL. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIV, 4.) — Appareil pour l'inscription des mouvements sonores, par HENSEN. Recherches sur les vibrations sonores de quelques consonnes et d'autres bruits, exécutés avec l'appareil de Hensen, par PAUL WENDELER. (*Zeit. f. Biol.*, XXIII, p. 303.) — Le politzomètre, instrument pour donner plus de facilités et de précision dans la douche d'air de l'oreille moyenne (faire souffler le malade dans un tube manométrique), par PRINCE. (*Med. news,* 4 juin.) — La fonction du muscle tenseur du tympan, par J. POLLAK. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 555, 1886.) — L'oreille, son hygiène et ses maladies, par LOEWE. (In-8°, *Berlin.*) — Contribution à la chirurgie de l'oreille, par DALBY. (In-8°, *Londres.*)—Diagnostic différentiel des affections de l'appareil de l'audition, par EITELBERG. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 341.)— Considérations sur les écoulements d'oreille par CHARAZAC. (*Rev. méd. de Toulouse*, 1er mars.) — Etiologie des affections de l'oreille dans l'enfance, par PINS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — Surdité produite par un coup sur le cou, par DAVID COGGIN. (*Boston med. journ.*, 6 janv.) — Des vomissements persistants comme cause de

troubles du côté de l'oreille. par Atkin. (*Brit. med. journ.*, p. 327, fév.) — De l'amélioration de l'ouïe sous l'influence d'un bruit chez les individus atteints de surdité par bouchon de cérumen, par W. Kosegarten. (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, p. 258.) — Nouvelle méthode de traitement des affections de l'oreille moyenne (inspiration forte, la bouche et le nez clos), par Bishop. (*Journ. of amer. med. assoc.*, 15 janv.) — Rupture des deux membranes tympaniques à la suite d'une chute sur la tête; écoulement de sang puis d'un liquide aqueux; fracture de la portion tympanique des deux os temporaux, par J. Morrisson Roy. (*Zeits. f. Ohrenh.*, p. 65.) — Un cas de nécrose du limaçon, par A. Hartmann. (*Zeits. f. Ohrenh.*, p. 109.) — Otite moyenne; polype dans l'oreille moyenne; méningite; abcès ancien du cerveau; masses cholestéateuses dans l'antre mastoïdien; mort; autopsie; réflexions à propos du diagnostic et du traitement des abcès du cerveau, par Voltolini. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 25.) — Rupture de la carotide interne, consécutivement à une nécrose de l'os temporal; autopsie, par T.-Y. Sutphen. (*Zeits. f. Ohrenh.*, p. 286.) — Rupture d'un fragment de l'anneau osseux tympanique dans des tentatives d'extraction d'un corps étranger, par Barr. (*Zeits. f. Ohrenh.*, p. 249, 1886.) — Formation d'une cloison fibreuse dans le conduit auditif externe, par Purjesz. (*Wien. med. Woch.*, n° 1.) — Abus des topiques pulvérulents et dangers de l'alcool, par Schwartz. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 nov.) — Danger des injections d'eau à forte pression dans l'oreille, par Katz. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 34.) — Othématome spontané terminé par suppuration, par Leflaive. (*Gaz. méd. de Paris*, 25 juin.) — Rougeole, otite moyenne purulente; abcès mastoïdien, par Baratoux. (*Rev. de laryngol.*, 1er juin.)—Otite moyenne subaiguë granulie aiguë; mort, par Ménière. (*Rev. de laryngol.*, 1er mai.) — De l'influence du catarrhe hyperthrophique de la région antérieure du nez sur la production de l'otite catarrhale avec surdité, par Eaton. (*Zeits. f. Ohr.*, p. 70.) — Des micro-organismes dans les sécrétions de l'otite moyenne aiguë, par Zaufal. (*Prager med. Woch.*, n° 27.) — Otite, abcès cérébral; trépanation; mort, par Allcock. (*Brit. med. journ.*, p. 71, 9 juillet.) — Du diagnostic des otites moyennes scléreuses partielles, par Politzer. (*Bull. méd.*, 29 mai.) — Les paracentèses multiples de la membrane du tympan dans l'otite chronique, par Pomeroy. (*N. York méd. journ.*, p. 175, 12 fév.) — Otorrhées compliquées, par Delie. (*Rev. de laryngol.*, 1er mai.)— De la maladie de Ménière, par Brunner. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, n° 5, 1er mars.) — Emploi de l'électricité galvanique et du bromure de quinine dans le traitement du catarrhe chronique de l'oreille moyenne, par J.-A. Patterson. (*Therap. gaz.* janvier, p. 27.) — Des cornets acoustiques, par Burnett. (*Philad. county med. soc.*, 27 avril.) — Réflexions sur l'obstruction de la trompe chez un diabétique, galvano-caustie chimique, par Miot. (*Rev. de laryngol.*, 1er juin.) — Du tympan artificiel, par Wagnier. (*Rev. de laryngol.*, 1er juin.) — L'acide borique dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne et les reproches qu'on lui a faits, par Bezold. (*Deut. med. Woch.*, n° 8, p. 147.) — Procédé simple d'ablation des polypes de l'oreille, par Loewe. (*Monats. f. Ohrenh.*, p. 85.) — Etude histologique des polypes de l'oreille, par Kiesselbach. (*Monats. f. Ohrenh.*, n° 4.)

Organismes inférieurs. — Essai populaire sur les microbes des maladies infectieuses chez l'homme, par Nicolello. (In-16, *Turin.*) — Éléments de bactériologie, par Carl Fraenkel. (*Berlin.*) — Photographie des bactéries, par Crookshank. (In-8°, *Londres.*) — Recherches sur la décoloration des bactéries teintes avec les couleurs d'aniline, par Spina. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, n° 15.) — D'un nouveau moyen de détermination des microbes spécifiques des maladies infectieuses primitivement générales, par Bareggi. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 44.) — De la rapidité de reproduction des bactéries, par

Buchner, Longard et Riedlin. (*Cent. f. Bacteriol.*, CI, n° 1.) — Études sur la capillarité du sol et le transport des bactéries, par Pfeiffer. (*Zeits. f. Hygiene*, II, p. 394.)—Objection de Soyka et réponse de Pfeiffer. (*Ibid.*,II, p. 96 et 239.) — Des portes d'entrée des microbes dans l'organisme, par Orlow. (*Wratch.*, n° 19.) — Recherches sur les bactéries de l'organisme animal normal, par H. Zahor. (*Wien. med. Jahrb.*, p. 343, 1886.) — Polymorphisme microbien, par Audry. (*Lyon méd.*, p. 254, 19 juin.) — Des bactéries pathogènes chez les enfants, par Babes. (*Soc. de méd. de Budapest*, 26 fév.) — Nouvelles recherches sur la transmission des microbes de la mère au fœtus, par Bollinger. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 21 mai.) — D'un nouveau microphyte pathogène chez l'homme et les animaux, par Bordoni-Uffreduzzi. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 2.)—Sur un nouveau microbe déterminant la fermentation indigotique et la production de l'indigo bleu, par Alvarez. (*Acad. des sciences*, 1er août.)—Note sur l'action chimique du bacterium aceti, par Brown. (*Chemical News*, p. 270.)— Biologie du micrococcus uræe, par Limbeck. (*Prager med. Woch.*, 8 juin.)— Sur les germes contenus dans les savons et les pièces de pansement, par Eiselberg. (*Wien. med. Woch.*, n° 19.) — Nouveaux micro-organismes de l'air, par Frankland. (*Proceed. of royal Soc.*, XLII. nos 253-254.) — Étude critique sur la présence et la détermination des micro-organismes végétaux dans l'air, par J. Petri. (*Cent. f. Bacteriol.*, n° 5.)—Des parasites du contenu vésiculeux de la varicelle et de l'herpès zoster et des rapports avec les parasites du processus variolique, par Pfeiffer. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 13.) —Histoire du bacille du smegma, par Tavel. (*Cent. f. Bacteriol.*, I, n° 23.) — Des micro-organismes des sécrétions génitales pendant la grossesse et dans les affections puerpérales, par Goenner. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 28.) — Remarques sur les micro-organismes pyogéniques avec préparation et expériences, par Knapp. (*Transact. of amer. ophth. Society*, XXII, p. 195.)— Des formes et des dimensions du staphylococcus aureus, par Hadelich. (*Wurzburg.*) — De l'action de l'iodoforme sur le staphylococcus pyogenes aureus, par Lubbert. (*Fortsch. d. Med.*, n° 11.) — Recherches et expériences sur le micro-organisme de la suppuration, par Tricomi. (In-8°, *Naples.*) — Du coccus du trachome, par Schlaefke. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 2.) — De la coloration des bacilles de la lèpre et de la tuberculose, par Wesener. (*Cent. f. Bacteriol.*, n° 5.)

Os. — Causes de quelques variétés et anomalies congénitales du squelette, par Arbuthnot Lane. (*Journ. of anat.*, juillet.) — Les fibrilles du tissu osseux sont-elles calcifiées ou non? par V. Ebner. (*Arch. f. mikr. Anat.*, XXIX, 2.) — Contribution à l'histologie du tissu osseux, par Lilienberg. (*Mém. de l'Acad. des sciences de Saint-Pétersbourg*, t. XXXIII.) — Sur la structure du tissu osseux, par A. Kölliker. (*Sitzung. ber. der phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 33, 1886.) — De l'ossification de la capsule périostique chez l'homme et les animaux mammifères, par Colasanti. (*Accad. med. di Roma*, 23 janv.)— Un cas d'ostéite douloureuse, par Woodward. (*N. York med. journ.*, p. 237, 26 fév.) — Ostéomyélite chronique de l'extrémité inférieure du fémur; suppuration prolongée; amputation de cuisse; guérison, par Duraignez, (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 29 mai.)— Ostéo-myélite chronique centrale suppurée diffuse du péroné; ablation de toute la diaphyse osseuse; régénération de l'os, par S. Regnier. (*Bull. de la Soc. de chir.*, p. 130-134.) — Ostéo-arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne; amputation de la jambe, par Verneuil. (*Gaz. des hôpit.*, 23 juin.)— Ablation du tibia dans l'ostéomyélite aiguë, par Pamard. (2° *Congrès franç. de chir.*) — Volumineux ostéo-myxo-enchondrome du creux poplité, par Moreschi. (*Gaz. d. ospit.*, n° 33.) — Exostoses volumineuses de l'extrémité supérieure de l'humérus; ablation; guérison avec

conservation intégrale des mouvements, par TERRILLON. (*Bull. de la Soc. de chir.*, XII, p. 806-807.)—Etude clinique des ostéo-sarcomes, par BARGY. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Du cancer de l'os temporal, par KRETSCHMANN. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIV, 4.) — Ablation de la clavicule pour un cancer central, par SLOAN. (*Int. journ. of med. sc.*, avril.)

Ovaire. — De la hernie inguinale de l'ovaire, par THOMAS. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.) — Hernie de l'ovaire droit; extirpation; guérison, par MAC BURNEY. (*N. York med. surg. Soc.*, 11 mai.) — Prolapsus des ovaires, par VALLIN. (*Thèse de Paris*, 7 juillet.) — Une ovarite scléreuse, par WEBER. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Tumeur ovarique solide, sarcome, par BRANFOOT. (*South indian branch* 4 juin.) — Kyste para-ovarien développé en dehors du péritoine, par GERSTER. (*N. York surg. Soc.*,27 avril.)—Kyste parovarique très volumineux guéri par la ponction, par AUGUSTE REVERDIN. (*Rev. médic. Suisse romande*, VII, p. 149.) — Kystes dermoïdes des deux ovaires en dégénérescence cancéreuse avec perforation de la vessie par propagation, par HIMMELFARD. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 35, 1886.) — Le traitement des kystes retro-péritonéaux; méthode de Mikulicz et drainage, par FENGER. (*Chicago gyn. Soc.*, 18 mars.) — Contribution à l'étude du pédicule dans l'ovariotomie; kyste de l'ovaire multiloculaire avec adhérences; abandon du pédicule dans la cavité abdominale; péritonite enkystée suivie de suppuration; guérison, par BUTRUILLE. (*Bull. méd. du Nord*, mai.) — Ovariotomie; kyste de l'ovaire transplanté; accidents du nouveau pédicule, par CHALOT. (*Gaz. hebdomad. de Montpellier*, n° 16.) — Kyste de l'ovaire avec dégénérescence papillomateuse de la surface interne, par DAWSON. (*Americ. journ. of obstet.*, juillet.) — Kyste ovarique intra ligamenteux; péritonite diffuse; adhérence généralisée; ovariotomie; guérison, par L. MURTRY. (*Journ. of amer. med. assoc.*, p. 341, 26 mars.) — Ovariotomie pendant la grossesse au 5e mois; kystes dermoïdes; guérison, par MUNDÉ, (*N. York obstet. Soc.*, 3 mai.) — Mélancolie et masturbation; ablation des deux ovaires, par CUSHING. (*Journ. of Amer. med. assoc.*, p. 441, 16 avril.) — Castration des femmes, par HERRGOTT. (*Arch. de tocol.*, 15 mai.) — Oophorectomie pour manie hystérique, par LEE. (*Obstet. Assoc. N. York*, 3 mai.) — Extirpation des ovaires et des trompes pour un fibromyome utérin, par JACKSON. (*Chicago gyn. Soc.*, 18 mars.)

Oxygène. — Nouveau procédé de préparation de l'oxygène, par DUPONT. (*Soc. de thérap.*, 22 juin.)

P

Pancréas. — Note sur une disposition anormale des conduits excréteurs du pancréas, par BIMAR. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 20.) — Cancer du pancréas, par T. TAYLOR. (*New York county med. Assoc.*, 18 avril.).

Pansement. — Des micro-organismes dans le pansement antiseptique, par STAHELI. (*Med. Chronicle*, avril.) — Principes d'un pansement convenable en temps de guerre, par LANGENBUCH. (*Berlin.*) — Note sur le pansement des plaies, par BÉRENGER-FÉRAUD. (*Rev. de clin. et thérap.*, 26 mai.) — L'amidon iodé comme antiseptique, par ENGLAND. (*Americ. Journ. of pharm.*, avril.) — Méthode de préparation du coton boriqué et salicylé, par ENGLAND. (*Amer. Journ. of pharm.*, avril.) — Emploi du protoiodure de bismuth dans le pansement des plaies, par SWEETMANN. (*Canadian Practitioner*, avril.

— Méthode de préparation de la gaze phéniquée, par England. (*Amer. Journ. of pharm.*, avril.)

Papillome. — Un cas de papillome guéri par la résorcine, par Prato. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 517, oct. 1886.)

Paralysie. — Les traumatismes de l'épaule et les paralysies du membre supérieur, par Sébileau. (*Gaz. des hôp.*, 30 juillet.) — Paralysie par compression du 5e et 6e nerf cervical, par Beevor. (*Brit. med. Journ.*, p. 177, 23 juillet.) — Paralysie radiculaire obstétricale du plexus lombaire, par Vinay. (*Lyon méd.*, p. 148, 29 mai.) — Note sur quelques cas d'hémiplégie de cause organique traitée par le massage, par Courtade. (*Encéphale*, n° 3.) — Paralysie du grand dentelé, par Hoffmann. (*Soc. méd. de Greisfwald*, 6 nov. 1886.) — Des contractures articulaires consécutives à la paralysie infantile, par Lorenz. (*Soc. des méd. de Vienne*, 13 mai.) — Paralysie infantile, ataxie locomotrice progressive, tumeur cérébrale, par Delas. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 avril.) — De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë, par Matthieu Sicaud. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Des paralysies amyotrophiques articulaires, par Charcot. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — Paralysie agitante, par Nothnagel. (*Allg. Wiener Cent. Zeit.*, 28 juin.) — De la maladie de Parkinson, de quelques formes anormales, par Lacoste. (*Thèse de Paris*, 23 juillet.)

Paralysie générale. — Des causes de la mort dans la paralysie générale, par Janin. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Paralysie générale, alcoolisme chronique, troubles tabétiques, par Bonnet. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juillet.) — De l'artérite chronique et en particulier de l'aortite dans la paralysie générale, par Bordes-Pagès. (*Thèse de Paris*, 14 juin.) — Du mécanisme de la paralysie progressive, par Meynert. (*Wiener med. Blätter*, n° 17.) — Les lésions de la vessie et de la prostate dans la paralysie générale progressive, par d'Abundo. (*La Psichiatria*, IV, 1 et 2.) — Un cas de pseudo-paralysie générale alcoolique, par Rousseau. (*Encéphale*, n° 3.)

Parole. — Nouveau traitement du bégaiement, par Coen. (*Wien. med. Presse*, n° 4, p. 133.) — Pathogénie du bégaiement, par Reimann. (*Berl. klin. Woch.*, 20 déc. 1886.)

Parotide. — Extirpation des deux parotides pour sarcome, par Wyeth. (*New York surg. Soc.*, 13 avril.)

Pathologie. — La résistance de l'organisme dans la genèse et le décours des maladies, par Cimbali. (*Sperimentale*, juin.) — Traité de diagnostic médical, par J.-M. Da Costa; trad. allemande, par H. Engel et C. Posner. (Berlin, 1887.)

Paupières. — Colobomes bilatéraux des paupières et des iris, par Schiess-Gemuseus. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, janvier.) — Entropion chronique; 3 cas par Duncan. (*Americ. practit.*, 2 avril.)

Peau. — Le tissu élastique de la peau. La rosaniline et la pararosaniline, étude sur les méthodes de coloration des bactéries, par P. G. Unna. (*Dermatologische Studien*, fasc. 3 et 4, *Hamburg.*) — Contribution à la connaissance de la dégénération amyloïde et de la dégénération hyaline du tissu conjonctif, par V. Wild. (*Beiträge zur pathol. Anat. und Phys.*, I, p. 175.) — Contribution à la connaissance du fibroma molluscum et de l'éléphantiasis congénital, par Hurthle et Nauwerk. (*Ibid.*, p. 235.) — Traité des maladies de la peau étudiées spécialement au point de vue du diagnostic et du traitement d'après 11,000 cas, par M. Call Anderson. (In-8°, *Londres.*)

— Dermatite aiguë causée par la lanoline impure, par G. Meyer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 405. — Des lésions élémentaires de la peau, par Leloir. (*Journ. des connais. méd.*, n° 18.) — Les trophonévroses de la peau, par Kopp. (*Wiener med. Woch.*, n° 3.). — Des dermatoses par choc moral, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 6.) — Des dermatoses simulées, par Cisterne. (*Thèse de Paris*, 13 juillet.) — Des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par Phelisse. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Etiologie et traitement de l'impetigo, du furoncle et du sycosis, par Bockhart. (*Monats f. prak. Dermat.*, VI, n° 10.)

Pemphigus. — Un cas de pemphigus hystérique, par Augagneur. (*Province méd.*, 7 mai.)

Périnée. — Déchirure du périnée, périnéorraphie, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 2 juin.) — Déchirure du périnée comprenant le sphincter ani, par Chambers. (*New York med. Journ.*, p. 294, 12 mars.) — Traitement immédiat des déchirures du périnée, par Beckwith. (*New York med. Journ.*, p. 295, 12 mars.)

Péritoine. — Terminaison rare de la péritonite (pneumothorax sous-diaphragmatique, par Graziadei. (*Gazz. med. di Torino*, n° 7.) — Péritonite chronique purulente, guérison spontanée par la perforation de l'ombilic, par Hochhaus. (*Deutsch. med. Woch*, n° 20, p. 423.) — Note pour l'étude de la péritonite traumatique, par Chevalier. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars.) — Traitement des pelvi-péritonites suppurées, par Jeannel. (*Rev. méd. de Toulouse*, 1er mai.) — De la laparotomie dans la péritonite par perforation, par Escher. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 17.) — Traitement de la péritonite, par Albert. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 8 mars.)

Pharmacologie. — La pratique de la pharmacie, manuel pour les pharmaciens et les médecins, par Remington. (In-8°, *Londres*, 1886.) — Des différences que présentent entre elles les différentes pharmacopées. (*Lyon méd.*, 22 mai.) — Traité de matière médicale, par M. Wigand (4e édit., *Berlin.*) — Des premières pharmacopées italiennes et en particulier des formules des Florentins, études historiques, par Corradi. (*Annali universali di med.*, janvier.) — De l'action de quelques médicaments sur le cœur isolé, par Favel. (*Thèse de Lyon*, n° 357.) — De l'action de l'iodoforme sur le staphylococcus pyogenes aureus, par Lubbert. (*Fortschritte d. Med.*, V, n° 11.) — L'iodoforme et l'acétylène, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 422.) — Nouvelles recherches sur l'action antiseptique et antituberculeuse de l'iodoforme, par Kahlden. (*Cent. f. Bacteriol*, II, n° 6.) — De la valeur antiseptique de l'iodoforme et de l'iodol, par Sattler. (*Fortschritte der Med.*, V, n° 12.) — De l'iodol et de ses propriétés thérapeutiques, par Ciamician. (*Ann. di chim.*, n° 3.) — De l'action de l'acétone et de l'acide acétique sur le rein, par Albertoni et Pisenti. (*Ant. f. exper. Pathol.*, XXIII, 5 et 6.) — De l'antipyrine, par Cattani. (*Gazz. med. Ital. Lomb.*, n° 5.) — Des effets analgésiques de l'antipyrine, par Espagne. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 24.) Action antifébrile de l'acétanilide; E. W. Evans Easton Penna. (*Therap. Gaz.*, avril, p. 237.) — Antifébrine, par William Osler. (*Therap. Gaz.*, mars p. 163.) — Sur le mécanisme de l'action antithermique de l'acétanilide, par Feletti. (*La Riforma med.*, 28 mai.) — De l'acétanilide ou antifébrine, par Marciguey. (*Rev. de clin. et thérap.*, 14 avril.) — Des transformations intra-organiques de la pyridine, par Hofmeister. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXII, 4.) — Action physiologique du triméthyl-carbinol, par Chapiroff. (*Soc. de thérap.*, 13 juillet.) — Les applications des propriétés antiseptiques du borax et de l'acide borique, par Bedoin. (*Ann. Soc. méd. d'Anvers*, avril-mai.) — De l'action toxique des chlorates, par Marchand. (*Arch. f.*

exper. Path., XXIII, 5 et 6.) — Recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth, par DALCHÉ et VILLEJEAN. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — L'icthyol comme antiseptique et antihelminthique, par PERROCEITO. (*Acad. di med. di Torino*, 1er juillet.) — De l'icthyol, par FABBROVICH. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 42). — De l'action de quelques métaux sur le sang, par TAMBURINI. (*Terap. moderna*, n° 2.) — Sur les propriétés du salol, par LOMBARD. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Etude clinique sur le morrhuol, par CHAZEAUD. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — De la saccharine, par ABELES. (*Wiener med. Wochenschrift,* n° 24, p. 787). — Du méthylol, par LEMOINE. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 avril.) — Action physiologique du valérianate d'ammoniaque sur le système nerveux, par VM. E. PARKE. (*Therap. Gaz.*, p. 167, mars.) — La pharmacologie de la drumine, par REID. (*Brit. med. Journ.*, 9 juillet.) — Du café du Soudan fourni par le fruit du houlle, par HECKEL et SCHLAGDENHAUFFEN. (*Journ. de pharm.*, XV, n° 12.) — Caféine et théine, relation entre la constitution et l'action chimique de ces corps, par BRUNTON et CASH. (*Proceed. of royal Soc.*, XLVII, nos 253-254.) — De l'anémone pulsatile et de ses préparations pharmaceutiques, par VIGIER. (*Journ. de pharm.*, 1er août.) — Des effets de la grindelia robusta, par C. PAUL. (*Soc. de thérap.*, 22 juin.)— Note sur le curare, par COLASANTI. (*Accad. med. di Roma*, 23 janv.) — Etude pharmacologique et toxicologique de la digitaline, par LAFON. (*Ann. d'hyg. pub.*, XVI, p. 429.) — Recherches sur l'action de la solanine, par CAPPARONI. (*Riv. clin. di Bologna*, mai.) — Sur le chlorhydrate de pereirine, par Clemente FEIRRERA. (*Bull. de thérapeut.*, n° 7, p. 317.) — Note sur le chlorhydrate d'hyoscine, par TROUSSEAU et FIEUZAL. (*Bull. clinique des Quinze-Vingts*, n° 1.) — Sur un nouveau produit tiré de l'opium présentant les propriétés physiologiques et thérapeutiques de la narcéine, par LABORDE. (*Tribune médicale*, 13 mars.)

Pharynx. — Des perfectionnements apportés depuis ces dernières années dans les procédés d'exploration du pharynx, par LUC. (*Arch. de méd.*, juin.) — Dilatateur pharyngien, par LUC. (*Journ. of laryngol.*, avril.) — Etude anatomique et clinique de la glande de Luschka, angine de Tornwaldt, par ENJALRAN. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.) — Du tissu lymphoïde de la langue comme cause du mal de gorge, par Mac BRIDE. (*Edinb. med. chir. Soc.*. 6 juillet.) — Localisation des impressions dans la gorge, par SCHADEWALT, (*Berl. klin. Woch.*, 8 nov. 1886.) — Affections sensorielles de la gorge, hyperesthésie et paresthésie, par KNIGT. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 26 mai.) — Les causes constitutionnelles des affections de la gorge, par LANGMAID. (*Americ. laryngol. Assoc.*, 28 mai.) — De l'infection septique consécutive aux maladies du pharynx, par FRAENKEL. (*Deut. Zeit. f. klin. Med.*, XII. 1.) L'amygdale pharyngée, sa maladie, son traitement, par BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, p. 86.) — Abcès rétro-pharyngien, deux cas d'incision suivie de phénomènes d'asphyxie, par TÉMOIN. (*Rev. des mal. de l'enfance*, avril.) — Tuberculose probable du pharynx chez un enfant de 8 mois, par SANTWOORD. (*New York med. Record.*, 26 mars.) — Tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, par LAIRAND. (*Journ. des sc. méd. de Lille,* 15 avril.) — Les tumeurs adénoïdes du pharynx et les laryngites striduleuses, par COUPARD. (*Rev. gén. de clin. et thér.*, mai.) — Opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par CALMETTES. (*Gaz. méd. de Paris,* 4 juin.) — Ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx, ongle d'acier, par DALBY. (*Lancet,* 2 oct. 1886.) — Des végétations adénoïdes, par BARATOUX. (*La pratique méd.*, 10 mai.) — Technique de la pharyngotomie latérale pour l'extirpation des tumeurs de l'amygdale, par OBALINSKI. (*Cent. f. Chir.*, n° 28.)

Pied. — Orteil en marteau, par ELLIS. (*Brit. med. Journ.*, 18 juin.) — Tar-

salgie des adolescents, par Piquard. (*Thèse de Paris*, 6 juillet.)— Deux cas de pied plat, par Dubrueil. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 mai.) — L'extension dans le traitement du pied bot, par Schaffer. (*New York med. Journ.*, p. 253, 5 mars.) — Redressement d'un double pied bot congénital par l'extirpation du calcanéum, par Lorenz. (*Soc. des méd. de Vienne*, 6 mai.) — 1° Pied équin gauche accidentel très prononcé, ténotomie, extirpation de l'astragale, guérison; 2° disjonction épiphysaire de l'extrémité inférieure du tibia gauche, fracture du péroné, névrite secondaire d'une branche terminale du saphène interne prise dans le cal; pied équin consécutif, névrotomie, guérison; 3° pied varus congénital, extirpation de l'astragale et ténotomie de l'aponévrose plantaire, guérison, par Paci. (*Lo Sperimentale*, n° 6). — Traitement opératoire du pied varus paralytique, revendication de priorité, par Lesser. (*Cent. f. Chir.*, n° 46, 1886.)

Pityriasis. — Pityriasis rubra généralisé, par Elsenberg. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 3.) — Pityriasis rubra, par Beatty. (*Acad. of med. in Ireland*, 27 mai.)

Placenta. — Considérations cliniques sur la circulation placentaire, par Ricochon. (*Gaz. hebdom.*, 29 juillet.) — Hydropisie des villosités du chorion, par Zinke. (*Cincinnati obst. Soc.*, 10 mars.) — Des lésions du placenta dans l'albuminurie, par Rouhaud. (*Arch. de tocologie*, 31 mai.) — Des rapports entre le point d'implantation du placenta et l'insertion du cordon, par Champneys. (*London obst. Soc.*, 6 juillet.) — Placenta prævia total, adhérences du placenta, guérison après hémorragies profuses, par Morrill. (*Obst. Soc. New York*, 5 avril.)

Plèvre. — De la capacité d'absorption de la plèvre aux divers stades de la pleurésie exsudative, par Livierato. (*La Riforma med.*, 1er juillet.) — Pleurésie antérieure droite avec douleur à la partie postérieure gauche, par Romei. (*Gaz. di Ospit.*, n° 36.) — Pleurésie aiguë simulant une perforation de l'estomac, par Hadden. (*Brit. med. Journ.*, 18 juin.) — Sur un nouveau signe d'exsudat pleural, par L. Vanni. (*Lo Sperimentale*, p. 381, avril.) — Des causes de la rétraction unilatérale du thorax à la suite des épanchements pleurétiques, par Senator, B. Fraenkel, A. Baginsky, Virchow et Lewinski. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 et 14 mars.) — Des pleurésies rétractiles, par Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 avril.) — Un cas de médiastino péricardite fibreuse avec pleurésie exsudative bilatérale et péripleurite, par Rivalta. (*Morgagni*, mai.) — Pleurésie exsudative gauche, déformation de la partie gauche du thorax, adhérence des feuillets pleuraux, extension du processus au plexus brachial, légère névrite de ce plexus avec atrophie musculaire, par Maragliano. (*La Riforma med.*, 6 juin.) — Analyse d'un liquide pleurétique, par Barthe. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Sur les épanchements hémorragiques de la plèvre, par Troquart. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 26 juin.) — Considérations générales sur le traitement chirurgical de la pleurésie purulente, par Abbe. Discussion. (*New York Acad. of med.*, 19 mai.) — Le traitement de la pleurésie purulente par la méthode de Bülau, par Simmonds. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 257.) — Cinq cas de pleurotomie avec incision des côtes pour empyème, par Strickler. (*Med. News*, 7 mai.) — Traitement de la pleurésie séreuse et de la pleurésie purulente, par Aufrecht. (*Berl. klin. Woch.* n° 10, 1886.) — Le traitement chirurgical des épanchements séreux et purulents de la plèvre, par Immermann. (*Deutsche med. Woch.*. n° 9, p. 169. — Tumeur maligne costo-pleurale, résection de la plèvre et de deux côtes, par Daguin. (*Acad. de méd. de Belgique*, 28 mai.) — La thoracoplastie dans le traitement de l'empyème, par Crespi et Marini. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 27.) — Fistule thoracique

ancienne guérie par l'opération d'Estlander, par GERSTER. (*New York surg. Soc.* 27 avril.)

Poil. — Nouveau fait d'hypertrichose circonscrite, par W. SOMMER. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, Bd CII, H. 2, p. 407.) — De la destruction des poils par l'électrolyse, par BROCQ. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 7.)

Poumon. — Notes sur une épidémie de pneumonies, par FAULKNER. (*Indian med. Gaz.*, n° 4.) — Pneumonie migrante infectieuse à forme double, par SOKAR. (*Bull. Soc. des méd. et nat. de Jassy*, fév.) — Sur le bacille pneumococcus agilis, par NEUMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 1.) — Valeur diagnostique du pneumococcus de Friedländer, par IGNATIEFF. (*Med. Obozrenié*, n° 15, 1886.) — Des micro-organismes de la pneumonie, par PANE. (*Rivista clinica e terapeutica*, août 1886, p. 394.) — De l'étiologie de la pneumonie croupale, par WOSKRONZI. (*Wratch*, n° 24.) — De la pneumonie catarrhale consécutive au pneumothorax, par COLASANTI. (*Accad. med. di Roma*, 23 janv.) — Le pronostic de la pneumonie lobaire aiguë, par SCHULER. (*New York med. Journ.*, p. 206, 19 fév.) — Méningomyélite dans la convalescence d'une pneumonie fibrineuse, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 15 juin.) Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque, par HONNORAT. (*Thèse de Lyon*, n° 361.) — De l'œdème pulmonaire par la muscarine; étude sur le développement des œdèmes aigus du poumon, par GROSSMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XII, 5 et 6.) — Etude sur les abcès du poumon, par FISCHL. (*Prager Zeit. f. Heilk.*, VIII, 1.)— Abcès aigu du poumon, vomique au 36e jour d'une entérocolite ou fièvre typhoïde; guérison, par H. SECRETAN. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, 91.) — Contribution à la chirurgie du poumon, par CASINI. (*Riv. clin. terap.*, n° 1.) — Traitement de la pneumonie aiguë, par D. PHILIPPS. (*New York med. Journ.*, 26 mars.)

Prostate. — Traitement des abcès phlegmoneux prostatiques, par PONCET. (*Province méd.*, 2 juillet.) — Hypertrophie de la prostate avec rétention d'urine, cautérisation avec le nitrate d'argent, par DAVID G. HALL. (*Boston med. Jour.*, 6 janvier.) — Du cathétérisme chez les prostatiques, par LAVAUX. (*Arch. gén. de méd.*, août. — Ablation du lobe moyen de la prostate par la taille pubienne, par BELFIELD. (*Journ. of Am. med. Assoc.*, 12 mars, p. 303.) — Prostatomie pour obstruction (2 cas), par CABOT. (*Assoc. of genito-urin. Surgeons*, 18 mai.)

Psoriasis. — Anatomie pathologique et nature de la leucoplasie buccale, par LELOIR. (*Arch. de physiol.*, 1er juillet.) — Cancroïdes et leucoplasies des muqueuses buccale et vaginale, par RECLUS. (*Gaz. hebdomad.*, 1er juillet.) — Contribution à l'étude de la glossostomatite épithéliale chronique superficielle (psoriasis buccal de Bazin) et de son traitement hydrominéral, par P. BÉNARD. (In-8°, 105 p., Paris.) — Le traitement du psoriasis par l'acide chrysophanique et l'acide pyrogallique, par CASARINI. (*La Rassegna di. sc. med.*, avril.) — Traitement du psoriasis par de fortes doses d'iodure de potassium, par HASLAUD. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 3.)

Physiologie.— Simultanéité des actes psychiques, par PAULHAN. (*Rev. scient.*, 28 mai.) — Recherches de psychologie expérimentale, par SERGI. (*Rivista sper. di fren.*, fasc. 4.) — L'évolution mentale dans la série organique, par C. ROYER. (*Rev. scientif.*, 11 juin.)

Psychose. — De la marche des psychoses, par ARNDT et DOHM. (In-8°, *Vienne.*) — Psychopathie sexuelle, par R. VON KRAFFT-EBING. (*Stuttgart.*) — Les psychoses par intoxication, par OBERSTEINER. (*Wiener Klinik*, fév. 1886.)

Ptomaïne. — De la formation de produits toxiques dans les matières alimentaires, par Philip. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 1er juin.) — Des ptomaïnes dans l'empoisonnement par la chair d'esturgeon, par Lieventhal. (*Pharm. Zeit. f. Russland*, n° 20.)

Puerpéral (État). — Infection tardive dans l'état puerpéral, par Hirst. (*Phil. obst. Soc.*, 17 avril.) — Un cas de septicémie puerpérale suivie d'hémorragie utérine, par E.-J. Forster. (*Boston med. Journ.*, 6 janvier.) — Phlébites puerpérales multiples avec propagation du processus inflammatoire des veines aux artères rénales, puis à l'aorte. Obstruction des artères iliaques et fémorales avec début de gangrène aux deux jambes, par Lancereaux. (*Bull de l'Ac. de méd.*, XVII, n° 5.) — Hémiplégie puerpérale, par Sloan. (*Glasgow obst. Soc.*, 28 juin.)

Purpura. — De la présence de la leucine dans les selles dans un cas de purpura hemorrhagica, par Rœser. (*Arch. de méd. milit.*, août.)

Putréfaction. — La putréfaction sur le cadavre et sur le vivant, par Hugounencq. (*Arch. d'anthrop. criminelle*, II, n° 9.)

Pyohémie. — Abcès pyohémique, par Paget. (*Cambridge med. Soc.*, 3 juin, — Un cas de pyohémie, par Grimm. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 23.)

Q

Quinine. — Intoxication chez l'adulte par des doses minimes de quinine, par Riza. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, janv.) — Du chlorhydrate neutre de quinine, par Clermont. (*Journ. de pharm.*, 1er juillet.) — Traité de l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine, par O.-F. Manson. (In-18, *Philadelphie*, 1882.) — Amblyopie quinique, par Nettleship. (*Opht. Soc. of united Kingdom*, 8 juillet.)

R

Race. — Comparaison des maladies chirurgicales dans la race blanche et la race noire, par Tiffany. (*Americ. surg. Assoc.*, 12 mai.)

Rachis. — Note sur deux rachis avec côtes cervicales, absence d'une vertèbre et absence de l'arc antérieur de l'atlas, par Dwight. (*The journ. of Anat.*, juillet.) — Préceptes pour le traitement des déviations rachidiennes par le massage, par A. Landerer. (*Leipzig.*) — Traitement de la cyphose, par Nota. (*Riv. clin. di Bologna*, n° 6.) — Subluxation de l'axis avec fracture, par Hannequin. (*Lyon méd.*, p. 293, 26 juin.) — Fracture de la 5e vertèbre cervicale ; guérison, par Gerster. (*New York surg. Soc.*, 27 avril.) — De l'intervention chirurgicale dans l'ostéite tuberculeuse des vertèbres lombaires, par Faucillon. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Sarcome vertébral, simulant la carie des vertèbres, par A.-B. Judson. (*New York med. Journ.*, p. 352, 26 mars.)

Rage. — Leçons sur la rage, par de Renzi. (*Morgagni*, juillet.) — La rage dans le département de la Loire en 1886, par Labully. (*Loire méd.*,

15 juin.) — La rage à l'Académie de médecine, par FAUVELLE. (*L'Homme*, n° 2.) — Critique des méthodes prophylactiques de la rage proposées par Pasteur, par BAREGGI. (*Gaz. d. ospitali*, n° 37.) — Réponse au docteur Bareggi à propos des expériences de vaccination rabique, par PIANA. (*Gaz. d. ospit.*, n° 35.) — Les attaques contre la méthode Pasteur, d'après des expériences personnelles pendant un séjour à l'étranger et des publications françaises, par PALMBERG. (*Finska läkares. handlinger*, n° 6, juin.) — Sur la rage, lettre de PASTEUR. (*Bull. méd.*, 12 juin.) — Le traitement de la rage, par VON FRISCH. (In-8°, *Vienne.*) — La rage, par SUZOR. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Essai sur la rage paralytique, par YGOUF. (*Thèse de Paris*, 28 juillet.) — Rapport de la commission d'enquête anglaise sur le traitement de la rage, par la méthode PASTEUR. (*Bull. méd.*, 3 juillet.) — Vaccin de la rage, par BOMBARDA. (In-8°, 57 pages, *Lisbonne.*) — De la physionomie clinique de la rage, par MORAVCSIK. (*Pester med. chir. Presse*, n° 20.) — De la rage chez le bétail, par BILLINGS. (*Veterinary journ.*, mai.)

Rate. — Fragments de pathologie splénique : 1° métamorphoses progressives et régressives des follicules ; 2° relation des dégénérescences hyaline et amyloïde dans la rate, par H. STILLING. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CIII, H. 1, p. 15-21.) — Un cas d'hémorragie mortelle de la rate à la suite d'une fracture de côte, par ANTON HEIDENHAIN. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, XLVI, p. 87, janvier.)

Rectum. — Prolapsus de la portion supérieure du rectum dans sa portion inférieure, sans procidence extérieure, par HARRISON CRIPPS. (*Brit. med journ.*, p. 447, févr.) — Sur l'opération de la fistule rectale, par GREFFRATH (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Excision d'un cancer du rectum chez une femme de 38 ans ; double lésion du péritoine ; suture ; guérison, par ROUX. (*Revue médic. Suisse romande*, VII, p. 139.) — De la colotomie iliaque dans le cancer du rectum, par LASALLE. (*Montpellier méd.*, mai.) — Cancer de l'S iliaque et de l'extrémité supérieure du rectum, par RECLUS. (*Semaine méd.*, 18 mai.)

Réflexe. — Nouveau procédé pour rechercher le phénomène du genou, par LOMBARD. (*New York med. Journal*, p. 129, 29 janv.)

Rein. — Sur les anastomoses directes entre les artères et les veines dans la capsule du rein, par GEBERG. (*Intern. Monats. f. Anat. und Histol.*, II, p. 223.) — Ballottement rénal, par CLADO. (*Bull. méd.*, 27 juillet.) — Du mal de Bright et de l'albuminurie, par FALCONE. (*Morgagni*, août.) — Recherches sur la néphrite primitive bacillaire interstitielle ; nouvelle mycose, par LETZERICH. (*Zeit. f. klin. Med.*, XIII, 1.) — Relations entre les affections cardio-vasculaires et rénales, par BUTLER. (*New York med. Journ.*, p. 341, 26 mars.) — Du régime lacté dans les maladies du rein; son mode d'action ; son mode d'emploi, par POTAIN. (*Semaine méd.*, 27 juillet.) — De la néphrite infectieuse ascendante, par BARETTE. (*Rev. de clin. et thérap.*, 23 juin.) — Du rein atrophié, par BAMBERGER. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 31 mai.) — Quelques cas de paralysie où le principal symptôme était la miction fréquente et douloureuse, par CHISMORE. (*Assoc. of genito-urin. surgeons*, 17 mai.) — Rein déplacé ; cryptorchidie avec conduit déférent rudimentaire, par HOWDEN. (*The journ. of anat.*, juillet.) — Des hémorragies des capsules surrénales, par DROUBAIX. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — Rupture traumatique du rein, par SINGER. (*Prager med. Woch.*, 15 juin.) — Un cas de cancer primitif du rein, par BASTIANELLI. (*Gaz. d. ospit.*, n° 41.) — Sarcome du rein, par TILLET. (*Lyon méd.*, p. 186, 5 juin.) — Étude anatomique des kystes du rein, par HOMMEY. (*Thèse de Paris*, 30 juillet.) — Tumeur maligne du rein, par LUNDIE.

(*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 juillet.) — De la néphrectomie sous-capsulaire, indications et manuel opératoire, par Douillet. (*Thèse de Lyon*, n° 359.) — Néphrolithotomie, par Agnew. (*Med. News*, 18 juin.) — Extirpation d'un énorme calcul (9 pouces de circonférence, plus de 4 onces) du bassinet par l'incision lombaire; mort, par Shepherd. (*Med. News*, 23 avril.) — Un cas heureux de néphrolithotomie chez un jeune homme de 15 ans. (*Edinb. med. Journ.*, p. 789, mars.) — Un cas de néphrolithotomie, par Kendal Franks. (*Annals of surgery*, janv.)

Résection. — De la résection de la hanche chez les sujets de la seconde enfance, par Charon. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, 20 mars.) — La coxalgie et la résection coxo-fémorale, par Turretta. (*Giorn. int. d. sc. med.*) — Résection du genou, pour arthrite tuberculeuse (16 cas), par Gerster. (*Med. News*, 11 juin.) — Résection du genou; consolidation des fragments sous un seul pansement, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 324, 3 juillet.) — Sur la résection du genou, par Riedinger. (*Sitz. d. phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 113, 1886.) — Deux cas d'arthrectomie synoviale, par Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 nov. 1886.) — Du traitement post-opératoire de la résection du genou, par Ollier. (*Lyon méd.*, p. 253, 19 juin.) — De la résection ostéo-plastique du pied, par Usiglio. (*Gaz. d. ospit.*, n° 46.)

Respiration. — Influence du travail musculaire sur les échanges respiratoires, par Hanriot et Ch. Richet. (*Acad. des sciences*, 27 juin.) — Centre respiratoire; influence des excitations périphériques et des anesthésiques sur ce centre, par Vulpian. (*Bulletin méd.*, 26 juin.) — Étude des phénomènes chimiques de la respiration, par Jolyet. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars.) — L'inspiration forcée, par W.-B. Wood. (*New York med. Journ.*, p. 269, 5 mars.) — L'essoufflement dans les exercices du corps, par Lagrange. (*Rev. scientif.*, 4 juin.) — De la respiration buccale et de son traitement, par Gordon. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 458, avril.)

Rétine. — Sur la couche granuleuse interne et la couche réticulaire externe de la rétine, par Tartuferi. (*Acad. di med. di Torino*, 1er juillet.) — Mouvements des éléments de la rétine sous l'influence de la lumière, par van Genderen Stort. (*Arch. néerland.*, XXI, p. 7.) — Modifications objectives de la rétine sous l'action de la lumière, par Falcone. (*Gaz. d. ospit.*, n° 34.) — De la rétinite brightique sans albuminurie, par Gaud. (*Thèse de Paris*, 11 juin.) — Taches isolées et successives de chorio-rétinite au niveau de la tache jaune, par Brailey. (*Ophth. Soc. of the united Kingdom*, 9 juin.)

Rhumatisme. — Étude sur le rhumatisme articulaire aigu, par Reimer. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 15.) — Arthrite rhumatoïde; rhumatisme articulaire aigu et goutte chez le même sujet, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 9 juin.) — Observation d'œdème rhumatismal, par Driout. (*Arch. de méd. milit.*, juin.) — Deux observations de rhumatisme musculaire aigu avec symptômes généraux graves, par Hanot. (*Arch. de méd.*, juillet.) — De la congestion pulmonaire rhumatismale, par Soudée. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — De l'antipyrine dans les névralgies et le rhumatisme, par Todorsky. (*Compte rendu de la Soc. méd. du Caucase*, n° 15.) — Note sur l'emploi de l'antipyrine dans le rhumatisme articulaire, par Bernheim et Simon. (*Rev. méd. de l'Est*, 1er juin.) — Traitement du rhumatisme articulaire aigu et des affections fébriles aiguës par le salol, par Herrlich. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 67, 24 janvier.) — Le salol dans le rhumatisme articulaire aigu et autres maladies fébriles aiguës, par Herrlich. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 février.) — Traitement du rhumatisme aigu et chronique par l'électricité, par Lewandowski. (*Wien. med. Presse*, n° 14, p. 465.)

Rougeole. — De la rougeole chez les adultes et de l'immunité pour cette affection, par LEHMANN. (*Allg. Wien. cent. Zeit.*, 2 juillet.) — Cas de rougeole provoquée par une inoculation accidentelle; prédominance de l'éruption sur le bras infecté, par MICHAEL. (*Monats. f. prakt. Dermatol.*, avril.) — Les rougeoles et les pseudo-suettes à Poitiers. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.) — La prophylaxie de la rougeole, par SEVESTRE. (*Progrès méd.*, 2 juillet.) — Embolie et thrombose de l'artère sylvienne gauche dans la convalescence d'une rougeole, par JEUNHOMME. (*Arch. de méd. milit.*, juillet.)

Rubéole. — De la rubéole; étude de 150 cas, par GRIFFITH. (*New York med. Record*, 2 juillet.)

Rumination. — Un cas de rumination, par BETTELHEIM. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, 25 juin.)

S

Salivaire (Affection). — Gaz contenus dans la salive de l'homme, par KULZ (*Zeit. f. Biol.*, XXIII, p. 321.) — Des micro-organismes pathogènes de la salive, par BIONDI. (*Zeit. f. Hygiene*, II, 2.) — Des corpuscules de la salive, par ROSSBACH. (*Congrès de Wiesbaden; Deutsche med. Woch.*, n° 18, p. 389.) — Anatomie et histologie des glandes salivaires, chez les céphalopodes, par JOUBIN. (*Acad. des sciences*, 18 juillet.) — Traitement de la salivation excessive pendant la grossesse (bromure), par SCHRAMM. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 31, 1886.)

Sang. — De la formation des hématies à l'état normal et pathologique, par LOEWIT. (*Prager med. Woch.*, 25 mai.) — Sur la multiplication des globules rouges, par EBERTH et ALY. (*Fortschr. d. Medicin*, III.) — Études sur la migration des globules, par DISSELHORST. (*Fortschritt d. Med.*, V, n° 10.) — Note préliminaire sur la transformation des globules rouges en leucocytes, par MOSSO. (*Rendic. d. Accad. dei Lincei*, Rome, 3 avril.) — Sur la résistance des globules rouges du sang, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 14 juillet.) — De la production des globules rouges dans les vaisseaux de la moelle osseuse, par BIZZOZERO. (*Accad. di med. di Torino*, 10 juin.) — La coagulation du sang comme cause de stimulus du système nerveux central, par NOVI. (*Lo Sperimentale*, n° 5.) — Rapports entre la quantité de sang et la stase veineuse, par BASCH et SCHWANBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, 4 oct. 1886.) — De la présence de l'acide lactique dans le sang et de son origine dans l'organisme, par BERLINERBLAU. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXIII, 5 et 6.) — Sur une combinaison de l'hématine avec le bioxyde d'azote, par LINOSSIER. (*Lyon méd.*, 3 juillet.) — Réduction de l'hémoglobine dans le cœur de la grenouille, par Mme HANDLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er nov. 1886.) — Recherches sur l'influence de la pesanteur sur la circulation, par E. WAGNER. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XXXIX, p. 371.) — Manière dont se comporte la pression sanguine dans les capillaires après la ligature des membres en masse, par G. NATANSON. (*Ibid.*, XXXIX, p. 386. — Étude sur la valeur globulaire dans les maladies, par BENOIT-JEANNIN. (*Thèse de Lyon.*) — Recherches sur la parasitologie du sang, par DANILEWSKY. (*Arch. slaves de biol.*, III, n° 1.)

Sarcome. — Sarcome consécutif à un traumatisme local; fille de 14 ans, par PETTIT. (*New Orleans med. and surg. journ.*, févr.) — Ulcère du dos (sar-

come fasciculé ; ablation ; récidive ; nouvelle ablation ; guérison, par Defontaine. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 870.) — Sarcome de la face, par Auché. (*Journ. de Bordeaux*, 12 janv.) — De la sarcomatose rectale, par Grenet. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — Sarcomatose hypodermique et viscérale, par Reclus. (*Gaz. hebdomad.*, 3 juin.)

Saturnisme. — Fréquence de la présence du plomb dans l'urine ; symptomatologie de l'empoisonnement chronique par le plomb, par Putnam. (*Assoc. of Americ. physic.*, 3 juin.) — Paralysie saturnine, par Schreiber. (*Soc. des méd. de Budapest*, 8 janv.) — Excitabilité électrique des nerfs et des muscles dans le saturnisme chronique, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, n° 1.)

Scarlatine. — De la scarlatine ; étude d'après 1,000 cas, par Line. (*Birmingham med. Review*, mars.) — Origine bovine de la scarlatine ; nouvelles expériences de Klein, par Laure. (*Lyon méd.*, 15 mai.) — Étiologie de la fièvre scarlatine, par Klein (*Proceed. of royal Soc.*, XLII, n°s 253-254.) — Discussion sur la fièvre scarlatine. (*Med. chir. Soc. Edinburgh*, 20 juillet.) — Transmission de la scarlatine par des vêtements désinfectés, par Field. (*Boston med. journ.*, n° 23.) — Note sur une épidémie de scarlatine, par Roland. (*Poitou médical*, 1er mai.) — Contribution à l'anatomie pathologique et à l'histologie de la scarlatine, par G.-F. Crooke. (*Birmingham med. Review*, sept. 1886.) — La néphrite scarlatineuse, par Grauer. (*Soc. méd. de l'État de New-York*, 20 déc. 1886.) — De la néphrite scarlatineuse et de son traitement, par Hase. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — De la scarlatine hémorragique, par Meyer. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — De la scarlatine chirurgicale, par Hoffa. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 292.) — Traitement de la scarlatine, par Waxham. (*Philad. med. Times*, 14 mai.) — La salicine dans le traitement de la scarlatine, par Meharry. (*Brit. med. journ.*, 2 juillet.)

Sclérotique. — Épine ayant séjourné pendant trente-deux ans dans l'épaisseur de la sclérotique, par Armaignac. (*Revue clin. d'oculistique*, n° 3.) — De l'occlusion des blessures de la sclérotique, par la suture conjonctivale, par S. Snell. (*Ophthalm. Soc. of the Un. Kingd. in Ophthalm. Review*, mars.)

Scrofule. — De l'étiologie de la scrofule, par Rabl. (*Wiener med. Blätter*, p. 598.) — De la thérapeutique de la scrofule, par Suchard. (*Rev. des mal. de l'enfance*, avril.)

Sens. — Méthode des équivalences appliquées à la mesure de l'acuité du sens de l'espace, par Camerer. (*Zeit. f. Biol.*, XXIII, p. 509.) — Les nerfs des sens spéciaux, par Bocci. (*Bull. Accad. med. di Roma*, fasc. 2.) — Les sens des sauvages, par Curran. (*The journ. of anat.*, juillet.)

Septicémie. — Des modifications du fond de l'œil dans la septicémie, par Bayer. (*Arch. f. Gynaek.*, XXVII, 2.) — Influence de l'encombrement sur l'apparition des accidents septiques dans les services de chirurgie, par Trélat. (*Semaine méd.*, 10 août.) — Forme rare de septicémie (gazeuse foudroyante) après une opération de rétrécissement urétral, par Taylor. (*New York med. Record*, n° 22.)

Serpent. — Piqûres de vipère heurtante ; phénomènes graves ; guérison, par Pluyette. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 749.) — Réapparition des symptômes d'empoisonnement longtemps après une morsure de serpent, par Yarrow. (*Med. News*, 4 juin.)

Sommeil. — Pourquoi dormons-nous ? par Errera. (*Rev. scientif.*, 23 juillet.)

— Notes sur la cause et le traitement de l'insomnie fonctionnelle (neurasthénique ; trouble circulatoire cérébral par épuisement), par SACHS. (*Med. News*, 28 mai.)

Spectre. — Recherches sur les relations entre le spectre des éléments des substances inorganiques et leur action biologique, par BLAKE. (*Acad. des sciences*, 31 mai.)

Spina bifida. — Des différentes méthodes de traitement du spina bifida et de l'excision en particulier, par GUIBBAUD. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Strabisme. — De l'avancement de la capsule de Tenon dans le strabisme, par KNAPP. (*Trans. of the Amer. Society*, XXII, 345.) — L'amblyopie des yeux strabiques est-elle une cause déterminante ou une conséquence du strabisme? par THEOBALD. (*Ibid.*, XXII, p. 279.) — De l'amblyopie dans le strabisme, par WADSWORTH. (*Boston med. and surg. Journ.*, 10 mars.) — Du strabisme convergent hypermétropique des enfants, par CUIGNET. (*Rec. d'ophtalm.*, mars.) — Du stéréoscope comme moyen de traitement orthoptique du strabisme, par FARINA. (*Thèse de Paris*, 25 juillet.)

Suette. — Relation de deux cas de suette miliaire, par PION et ROLAND. (*Poitou méd.*, 1er juillet.) — Suette miliaire, par NETTER. (*Bulletin méd.*, 22 juin.) — L'épidémie de suette miliaire en 1887, par JABLONSKI. (*Revue d'hyg.*, IX, n° 7.) — Sur le bacille de la miliaire à Palerme, par LEPIDI CHIOTTI et DE BLASI. (*Riv. clin. d. Univ. di Napoli*, n° 1.)

Suppuration. — Essai sur la suppuration dans les néoplasmes, par BENITO DI ARANJO CINTRA. (*Thèse de Genève.*)

Syphilis. — La syphilis en Russie, par LEINENBERG. (*Münch. med. Woch.*, n° 27.) — Manuel pratique des maladies vénériennes et syphilitiques, par BREDA. (In-16, *Padoue.*) — De l'influence de la cachexie palustre sur la marche des affections vénériennes et syphilitiques, par JULIANO. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, janv.) — Rapports de la syphilis avec les fièvres éruptives, par AMIEL. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Foyers d'infection dans la syphilis, par FABBROVICH. (*Gazz. d. ospitali*, n° 43.) — Des signes précoces de l'infection syphilitique comme contre-indications du traitement abortif, par CRIVELLI. (*Archiv. de méd.*, juin.) — Recherches sur les manifestations premières de la syphilis, par MARGONINER. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 11.) — Théorie de la syphilis héréditaire, par DIDAY. (*Ann. de Dermat.*, VIII, n° 5.) — Syphilis infantile, par BESNIER. (*Bulletin méd.*, 19 juin.) — Quelques cas de syphilis chez les enfants âgés et adolescents, par RIFF. (*Viertel. f. Dermat.*, XIV, 3.) — Dents d'Hutchinson chez une fille de 20 ans, atteinte de syphilis héréditaire, par RICHARD OTTE. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 février.) — La syphilis héréditaire tardive, par RABL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 fév.) — Sur la virulence du bubon vénérien, par BARDUZZI. (*Boll. d. cultori d. sc. med. Sienne*, n° 3.) — Chancres indurés multiples ; quand la syphilis devient-elle constitutionnelle ? par HASLUND. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 6.) — Chancre à gauche, bubon à droite ; syphilis généralisée, par GLUCK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 12.) — — Deux cas de chancre syphilitique de la gorge, par HASLUND. (*Hosp. Tidende,* n° 10.) — Un cas de sclérose primitive syphilitique de l'amygdale, par MASUCCI. (*Arch. internat. di otiatria*, III.) — Sur un cas rare de sténose pharyngée par syphilis constitutionnelle et contribution à l'étude anatomo-pathologique de la syphilis du foie et de la rate, par DUCREY. (*Rivista clinica e terapeutica*, nov. et déc. 1886, p. 592.) — Une épidémie de syphilis oculaire, par TEPLJASCHIN. (*Wratch*, n° 17.) — Chancre de la paupière,

par Holmes. (*Journ. of Amer. med. An.*, 23 avril.) — Sur la question de la nature du chancre mou et des qualités infectieuses des produits syphilitiques tertiaires, par Finger. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 15.) — De la pigmentation chez les syphilitiques et en particulier de la syphilide pigmentaire primitive, par Salsotto. (*Gaz. med. di Torino*, 25 avril.) — Les maladies syphilitiques du système nerveux, par Rumpf. (*Wiesbaden.*) — Syphilis cérébrale, par Bramwell. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 1er juin.) — Ataxie locomotrice d'origine syphilitique, par Dubois. (*Poitou méd.*, 1er mars.) — Trois cas de guérison de pseudo-paralysie syphilitique, par Laffite. (*Rev. des mal. de l'enfance*, mai.) —Essai sur les myélo-encéphalopathies syphilitiques tertiaires diffuses ou disséminées, par Mme de Hérodinof. (*Thèse de Paris*, 22 juin.) — De la névrite radiculaire multiple syphilitique, par Kahler. (*Prager Zeit. f. Heilk.*, VIII, 1.) — Syphilis hépatique et pulmonaire, par Musmeci d'Agata. (*Gaz. d. ospit.*, n° 39.) — L'influence de l'air marin sur la phtisie syphilitique, par Curtin. (*Americ. climatol. Assoc.*, 31 mai.) — Syphilis hépatique; nécrose du frontal et des sinus ethmoïdaux; méningite suppurée, par Dubreuilh. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 27 févr.) — De l'ictère syphilitique secondaire, par Schrœder. (*Thèse de Paris*, 29 juillet.) — Du pseudo-rhumatisme syphilitique de la période secondaire, par Fournier. (*Tribune médicale*, 13 mars.) — Deux cas de glossite gommeuse syphilitique guéris par les injections intra-musculaires de calomel, par Scarenzio. (*Annali di med.*, juin.) — Diagnostic des gommes, par Stojenesco. (*Thèse de Paris*, 20 juillet.) — Un cas de leucoderme syphilitique, par E. Finger. (*Wien. med. Presse*, n° 15, p. 505.) — Gommes du couturier, par Sardon. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 6.) — Des gommes de la peau dans la syphilis héréditaire, par Toutut. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — La syphilis tertiaire dermo-hypodermique des organes génito-urinaires est-elle contagieuse? son traitement, par Mauriac. (*Rev. de clin. et thérap.*, 19 mai.)— Deux observations d'arthrite syphilitique secondaire, par Cayla. (*Ann. de dermat.*, VIII, n° 5.) — Épididymite syphilitique précoce, par Hyde. (*Assoc. of genito-urin. surgeons*, 18 mai.) — Observations pratiques sur le traitement des néoplasmes anciens de la syphilis, par Garnet. (*Assoc. of genito-urin. surgeons*, 17 mai.) — De l'idiosyncrasie au point de vue du traitement spécifique de la syphilis, par Morrow. (*Assoc. of genito-urin. surgeons*, 17 mai.) — Sur les injections hypodermiques faites avec la solution de peptone hydrargirique, par Delpech. (*Journ. de méd. de Paris*, 24 avril.)— Traitement chirurgical du chancre syphilitique non compliqué, par Thiéry. (*Gaz. méd. de Paris*, 5 mars.)

T

Tabac. — Amplyopie nicotinique rapidement guérie par la suppression du tabac et les injections hypodermiques de strychnine, par Armaignac. (*Rev. clin. d'ocul.*, n° 3.) — Cas intéressant d'amblyopie nicotinique chez une dame, par Chisolm. (*The Am. journ. of ophth.*, mars.)

Tænia. — Tænia cucumerina, elliptica chez un enfant de 4 mois, par Hoffmann. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXVI, 3 et 4.) — Epilepsie réflexe causée par un tænia nana, par Comini. (*Gaz. d. Ospitali*, n° 8.)

Taille. — Les oscillations journalières de la taille chez l'homme en état de santé, par Riccardi. (*Rassegena di sc. med.*, n° 3.)

Teigne. — Teigne, nature et traitement, par JUHEL-RÉNOY. (*Arch. de méd.*, juillet.)— Limites cliniques de la pelade, par GUSTAV BEHREND. (*Berl. klin. Woch.*, 14 févr.) — Biologie du favus, par BOER. (*Viertelj. f. Dermat.*, XIV, 2.) — Epidémie de pelade achromateuse à Montpellier en 1886, par COUSTAN. (*Rev. d'hyg.*, IX, n° 7.)

Température. — De la calorimétrie directe chez l'homme, par LANGLOIS. (*Thèse de Paris*, 7 juil.) — Température de la peau de l'homme, par KUNKEL. (*Sitzungsb. der phys. med. Gesellsch. zu Würzburg*, 1886, p. 79.) — La thermodynamique et le travail chez les êtres vivants, par HIRN. (*Rev. scient.*, 28 mai.)

Tendon. — Du traitement des sections tendineuses par la ténorraphie, par VANHAECKE. (*Thèse de Paris*, 26 juil.) — Sur la rupture du long tendon du biceps brachial, par MONKS. (*Boston med. and surg. journ.*, 25 nov. 1886.) — Rupture du tendon extenseur (ligament rotulien), guérison après suture des deux bouts, par MAC BURNEY. (*N. York surg. Soc.*, 13 avril.) — De la suture tendineuse, par WITZEL. (*Cent. f. Chir.*, n° 44, 1886.)

Testicule. — Contribution à la connaissance de la structure et du développement des corpuscules séminaux, par C. FÜRST. (*Nord med. Ark.*, p. 2, n° 1.) — De la spermatogenèse chez le rat, par BROWN. (*Quart. journ. micr. Sc.*, XXIV, juillet 1886.) — Développement et migration du testicule, état normal et anomalies, par LOCKWOOD. (*The journ. of anat.* juil.) — Recherches sur l'hématospermie (éjaculation sanglante), par LANSAC. (*Thèse de Paris*, 25 juil.) — De l'anatomie pathologique du testicule en ectopie, par MARÉCHAL. (*Thèse de Paris*, 25 juil.) — Le massage dans l'orchite et l'épididymite traumatique, par KOURDIOUMOFF. (*Med. Obosr.*, n° 1.) —Hernie inguinale droite avec arrêt du testicule à l'anneau, castration, par MAC BURNEY. (*N. York surg. Soc.*, 11 mai.) — De la cocaïne dans le traitement de l'hydrocèle par l'injection iodée, par THIÉRY. (*Gaz. méd. de Paris*, 30 avril.)

Tétanos. — Présence de micro-organismes dans le sang des tétaniques, reproduction par culture, leur constatation dans la moelle épinière, par VANNI. (*Sperimentale*, juin.) — Etiologie du tétanos, par DELFIN. (*Cronica med. quir. de la Habana*, avril.) — Note pour servir à l'histoire de la pathogénie du tétanos traumatique, par THIERRY. (*Soc. de biol.*, n° 16.) — Etiologie du tétanos, revue. (*N. York med. journ.*, n° 17.) *Idem*, par REYES. (*Cronica med. quir. de la Habana*, mars.) — Etiologie du tétanos, par HOCHSINGER. (*Cent. f. Bacteriol.*, II, n° 6.) — Note sur la pathogénie du tétanos, par D'ARDENNES. (*Gaz. hebd.*, 5 août.) — Le tétanos est-il une maladie infectieuse, par AMON. (*Münch. med. Woch.*, n° 23.) — Tétanos guéri par les injections hypodermiques de cocaïne, par LOPEZ. (*El genio med. quir.*, 7 fév.) — Un nouveau cas de tétanos traumatique guéri par le repos absolu, par DE RENZI. (*Rivista clin. e terap.*, mai 1886, p. 225.)

Thérapeutique. — Les nouveaux médicaments, par BERNHARD FISCHER. (*Berlin.*) — Le traitement antipyrétique de la fièvre, par WOOD. (*Assoc. of Americ. physic.*, 2 juin.) — Le magnétisme animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante dans ses propriétés physiques, physiologiques et thérapeutiques, par BARÉTY. (In-8° avec 82 fig. *Paris.*)— De la spartéine comparée à la digitale, par STALSSEL. (*Cent. f. ges. Therap.*, avril.) — Du sulfate de spartéine, par GLUZINSKI. (*Przeglad lekarski*, n° 1.) — Du sulfate de spartéine dans l'insuffisance mitrale, par PAVLOVSKAIA. (*Wratch*, n° 3.) — Action thérapeutique du sulfate de spartéine, par LIVIERATO. (*La Riforma med.*, 20 juil.) — Sur le M'Teutamare ou Fedegosa,

par E. Heckel. (*Arch. de méd. nav.*, avril, p. 241.) — Considérations sur la valeur thérapeutique du manaca jamaïca dogwood et de l'euphorbia pilulifera, par S. Payne. (*Therap. Gaz.*, mars, p. 171.) — Note sur l'emploi de l'extrait fluide de quebracho en applications topiques, par Bourdeaux. (*Arch. méd. belges*, avril.) — Sur l'emploi thérapeutique du chlorhydrate neutre de quinine, par Clermont. (*Acad. des scien.*, 6 juin.) — Des travaux récents sur l'acétanilide, revue critique résumant les données physiologiques d'après 183 cas, par Eisenhart. (*Münch. med. Woch.*, n° 6.) — Recherches sur l'antipyrine, par Caravias. (*Thèse de Paris*, 16 juin.) — L'antipyrine en injections sous-cutanées substituée à la morphine, par Sée. (*Acad. des sciences*, 11 juil.) — De l'antifébrine comme nervin, par Demiéville. (*Rev. méd. Suisse romande*, 15 juin.) — De l'action thérapeutique de l'éther nitreux et de l'éthyl dimithyl carbinol, par Broglio. (*Gaz. d. ospit.*, 17 juil.) — La question de l'iodoforme, par Binz. (*Therap. Monatsh.*, n° 5.) — Du liniment savonneux, par Unna et Mielek. (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 11.)

Thorax. — Note sur les vergetures du thorax, par Gilbert. — (*Arch. de méd.*, juin.) — Tumeur complexe du médiastin (mélange de lymphome et de kyste dermoïde), par Finkler. (*Berl. klin. Woch.*, 4 avril.)

Thrombose. — Des infarctus hémorragiques, par Welch. (*Assoc. of Americ. physic.*, 2 juin.) — Thrombose de l'artère pulmonaire, par Ferraro. (*Rivist. clin. e terap.*, nov. et déc. 1886, p. 578.) — Les nouvelles idées sur la thrombose, par Baumgarten. (*Berl. klin. Woch.*, 14 juin 1886.)

Thyroïde. — Valeur morphologique du corps thyroïde des vertébrés, par Julin. (*Bull. acad. des sc. de Belgique*, mars.) — Sur la structure du corps thyroïde, par Waldeyer. (*Berl. klin. Woch.*, 4 avril.) — Tumeur de la glande thyroïde, cancer épithélial, par Aigre. (*Rev. de laryngol.*, 1er juin.) — L'énucléation intraglandulaire du goitre et le traitement par la ligature des vaisseaux afférents, par Falcone. (*Gaz. d. ospit.*, n° 28.) — Extirpation de la glande thyroïde dans un cas de goitre exophtalmique, guérison, par Fraser. (*Edinburg med. chir. Soc.*, 15 juin.) — Goitre à évolution rapide (colloïde), énucléation, mort, par Théophile Anger. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 163-165.) — 24 cas d'extirpation de goitre, par Köhler. (*Deut. Zeit. f. Chir.*, XXVI, 1 et 2.) — Lésions de l'écorce cérébrale chez une chienne privée du corps thyroïde par une opération, par N. Lœwenthal et Herzen. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, p. 223.) — Des injections iodées dans le traitement des goitres, par Martha. (*Gaz des hôp.*, 9 juil.) — Le traitement chirurgical du goitre, par A. Wölfler. (*Berlin.*) — Cas de goitre exophtalmique, par Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, Nancy, mars-avril.) — Pathogénie de la maladie de Basedow, par Durdufi. (*Deut. med. Woch.*, n° 4, p. 148.) — Sur un cas de maladie de Flajani (goitre exophthalmique), par Virginio Pensuti. (*Riv. clin. di Bologna*, février, p. 132.) — De la maladie de Basedow, par Sainte-Marie. (*Thèse de Paris*, 28 juil.) — Forme anormale et traitement du goitre exophthalmique, par de Renzi. (*Riv. clin. e terap.*, n° 1.)

Trachée. — Du cathétérisme des grandes voies aériennes (rétrécissement dû à un anévrisme aortique), par Landgras. (*Berl. klin. Woch.*, 7 fév.) — Note sur un cas de mort par hémorragie secondaire, au huitième jour après la trachéotomie, par Bouju. (*Normandie méd.*, 15 mai.) — Sur la trachéotomie comme opération préliminaire, par Annandale. (*Edinb. med. journ.*, mars.)

Transfusion. — Deux cas de transfusion (à l'aide d'un tube à vaccin), par

NEISS. (*Rev. méd. Suisse romande*, VI, p. 631.) — Transfusion du sang intrapéritonéale, par HUNTER. (*Journ. of anat. and phys.*. XXI.)

Traumatisme. — Traumatisme et névropathie, par BATAILLE. (*Thèse de Paris*, 16 juil.)

Tremblement. — Un cas de tremblement congénital, par MARAGLIANO. (*La Riforma med.*, 27 mai.) — Statistique des tremblements à la Salpêtrière, quelques considérations sur le tremblement sénile, par BOURGAREL. (*Thèse de Paris*, 26 juillet.)

Tuberculose. — Dangers des matières tuberculeuses qui ont subi le chauffage, la dessiccation, le contact de l'eau, la salaison, la congélation, la putréfaction, par GALTIER. (*Acad. des sciences*, 25 juil.) — Etude sur la résistance du bacille tuberculeux, par VOELSCH. (In-8°, *Leipzig.*) — De l'emploi des sangs frais dans la clarification des vins au point de vue de la transmission possible de la tuberculose à l'homme, par GALTIER. (*Acad. des sc.*, 27 juin.) — Valeur diagnostique des bacilles tuberculeux dans les crachats, par FUSSELL. (*Philad. county med. Soc.*, 27 avril.) — Doctrines et traitement de la tuberculose pulmonaire dans la dernière période décennale, par RUSCONI. (*Gaz. degli ospit.*, n° 48.) — De l'identité de la phtisie perlée de l'espèce bovine avec la tuberculose humaine et de sa contagiosité; études d'hygiène et de pathologie comparée, par NUVOLETTI. (In-8°, p. 172, *Padoue.*) — Inoculation de la tuberculose par la circoncision, par ELSENBERG. (*Berl. klin. Woch.*, 30 août 1886.) — Trois nouveaux cas d'infection tuberculeuse par la circoncision, par ELSENBERG. (*Gaz. Lekarska*, n° 48, 1886.) — Inoculations faites avec des tubercules de la choroïde, par HOSCH. (*Corresp. Bl. f. schw. Aerzte*, XV, n° 7.) — Infection tuberculeuse chez un enfant, par BETTS. (*Amer. journ. of obst.*, juin.) — L'hérédité de la tuberculose, par RUHLE. (*Cong. de Wiesb. Deut. med. Woch.*, n° 17, p. 364.) — Hérédité de la tuberculose. (*Philad. med. Times*, juin.) — La prophylaxie de la phtisie fondée sur une théorie nouvelle du bacille tuberculeux, par CANDLER. (In-8°, p. 244, *Londres.*) — La scrofulose et la tuberculose, par CASSE. (*La clinique*, 7 avril.) — Notes sur le traitement de la phtisie dans le Colorado avec observations à l'appui, par S. A. FISH. (*Boston med. journ.*, 27 janv.) — Etude étiologique et anatomique de la phtisie pulmonaire, par ORTH. (In-4°, *Berlin.*) — Distribution de la phtisie et des affections des voies respiratoires en Irlande, par GRIMSHAW. (*Acad. of med. in Ireland*, 19 mai.) — La phtisie parmi les Indiens, par W. MATTHEWS. (*N. York med. journ.*, 1er janv.) — Des altérations du cœur dans la phtisie pulmonaire, par DE GIOVANNI. (*Riv. venet. d. sc. med.*, fasc. 2.) — La tuberculose miliaire, par MARFAN. (*Gaz. des hôp.*, 23 juil.) — De la fréquence de la tuberculose du premier âge, par LANDOUZY. (*Arch. de tocologie*, 30 juin.) — De la signification de la pleurésie dans l'étiologie de la phtisie pulmonaire, par OBNOWLENSKI. (*Woienno med.* n° 5.)— Des rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, par SANCHEZ. (*Thèse de Paris*, 30 juin.) —Sur les relations de la phtisie pulmonaire avec quelques maladies aiguës, par VINERTA. (*Thèse de Paris*, 29 juil.)— Examen nécropsique d'un cas de phtisie pulmonaire guérie depuis l'apparition d'un pneumo-thorax, par BIANCHI. (*Riv. clin. di Bologna*, mai.) — De la pathogénie des troubles nerveux survenant chez les tuberculeux, par ROQUE. (*Province méd.*, 2 juil.) — Tuberculose miliaire des poumons, tuberculose des trompes utérines, par SECHEYRON. (*Progrès méd.*, 26 mars.) — Paralysie des extenseurs de la main droite, désordres de la parole chez un tuberculeux; tuberculose pulmonaire et méningite limitée à la zone motrice corticale

droite; cachexie palustre, tumeur de la rate, par D'ARMIN. (*Riv. ven. d. sc. med.*, fasc. 1.)—Tares héréditaires, tuberculose et syphilis, par CAUDRON. (*Rev. gén. d'ophtal.*, 31 mars.) — De la tuberculose des os et des articulations, par STAMM. (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 12 mars, p. 285.) — De l'intoxication chez les tuberculeux, curage d'abcès, par DELORME, (*Soc. de chir.*, XII, p. 790.) — Ether iodoformé, chlorure de zinc, ignipuncture dans le traitement des tuberculoses chirurgicales, par MARTEL. (*Thèse de Paris*, 8 juin.) — Phtisie pulmonaire et climats d'altitude, par H. JACUBASCH. (*Stuttgart.*) — Le traitement climatique de la phtisie pulmonaire, par B. FROMM. (*Brunswick.*) — Le traitement climatérique de la phtisie, par A. LINDSAY. (In-8°, *Londres.*) — La rivière de Gênes et les tuberculeux, par KARL TURBAN. (Ospedaletti est la meilleure station; Eza offre aussi d'excellentes conditions.) (*Berl. klin. Woch.*, p. 14, 3 janv.) — Traitement de la phtisie pulmonaire chronique, par HERMANN BREHMER. (*Wiesbaden.*) — Traitement prophylactique des personnes qui ont une prédisposition héréditaire à la phtisie, par WESTBROOK. (*Amer. clim. Assoc.*, 31 mai.) — De la phtisie pulmonaire et de son traitement sans médicacaments, par SCHNEEKENBERG. (In-8°, *Berlin.*) — Traitement de la phtisie, rapport par DETTWEILER. (*Congrès de Wiesbaden. Deut. med. Woch.*, n° 4, p. 342.) — Notes sur le traitement de la tuberculose pulmonaire, par BRUNN. (*Allg. med. cent. Zeit.*, n° 26.) — Tuberculose pulmonaire, sa modification par le humage des vapeurs hydro-sulfurées, par SERRAND. (*Journ. de méd. de Paris*, 29 mai.) — Traitement de la phtisie, par THILENIUS. (*Deut. med. Woch.*, n° 18, p. 378.) — Traitement de la phtisie tuberculeuse, par le menthol, par ROSENBERG. (*Therap. Monat.*, n° 3.) — Le traitement topique de la phtisie pulmonaire, inhalations d'une solution de sublimé, par PORTEOUS. (*Edinb. med. journ.*, mai.) — Traitement de la phtisie par les lavements gazeux, par F. CRANE. (*Chicago med. Soc.*, 18 avril.) — Simplification de l'administration des lavements gazeux, par BRACKEN. (*Med. News.*, 7 mai.)

Tumeur. — Des tumeurs de la région supéro-interne de la cuisse, par RAYNEAU. (*Thèse de Paris*, 28 juil.)

Typhoïde (Fièvre). — Présence du bacille typhique dans le sang de la rate, sa valeur diagnostique, par LUCATELLO. (*Boll. d. Accad. med. di Genova*, II, n° 3.) — De l'action pathogène du bacille typhique, par A. FRAENKEL. (*Congrès de Wiesbaden. Deut. med. Woch.*, n° 17, p. 366.) — Etudes bactériologiques sur la valeur étiologique du bacille typhique, par BEUMER et PEIPER. (*Zeit. f. Hyg.*, I, p. 489.) — De la nature diagnostique des bacilles typhiques, par MERKEL et GOLDSCHMIDT. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 22.) — Le bacille typhique et l'étiologie de la fièvre typhoïde, par DREYFUS-BRISAC. (*Gaz. hebd.*, 8 juil.) — Etiologie et prophylaxie de la fièvre typhoïde, par ANGELO PASSERINI. (*Riv. clin. di Bologna*, février, p. 81.) — La fièvre typhoïde et les eaux de Constantinople, par NOURIDJAN. (*Gaz. méd. d'Orient*, n° 1, 1886-87.) — Etiologie de la fièvre typhoïde, par SOYKA. (*Arch. f. Hygiene*, VI, n° 3.) — Recherches sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par FRAENKEL et SIMMONDS. (*Zeit. f. Hygiene*, II, p. 118.) — Etiologie de la fièvre typhoïde, par GELAU. (*Deut. milit. Zeit.*, n° 6.) — La fièvre typhoïde, ses causes selon les doctrines contemporaines. (*Rev. du cercle milit.*, XII, p. 260 et suiv.) — Fièvre typhoïde et contagion, par ROBINSON. (*N. York med. Record.*, n° 21.) — Des moyens de propagation de la fièvre typhoïde, par ARNOULD. (*Rev. sanit. de Bordeaux*, n° 84.) — La fièvre typhoïde en 1885 dans le cercle de Dessau, par RICHTER. (*Viert. f. ger. Med.*, XLVI, p. 358.) — Epidémie de fièvre typhoïde de la verrerie de Vallerysthal, par MANGENOT. (*Rev. d'hyg.*, IX, p. 263.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde

observée à Pont-Saint-Maxence, pendant l'année 1884, par GAURON. (*Broch., Angers.*) —Epidémie de fièvre typhoïde d'Epinay-sous-Sénart, par CHARRIN. (*Ann. d'hyg. publ.*, juin.) — L'épidémie de fièvre typhoïde de Triberg en 1884-1885, par HAUSER et KREGLINGER. (*Berlin.*) — De la fièvre typhoïde dans les pays chauds, par JOURDAN. (*Thèse de Paris*, 25 juin.) — Cas de fièvre typhoïde chez les aliénés, par SMITH. (*Journ. of mental sc.*, avril.) Forme aiguë de fièvre typhoïde (délire au 3e jour, pneumonie au 6e, hémorragies graves, hyperpyrexie, guérison), par KESTEVEN. (*Provincial med. journ.*, avril.) — Un cas de paralysie généralisée à la suite de la fièvre typhoïde, par COMTE. (*Poitou med.*, 1er mai.) — Des abcès miliaires du rein dans la fièvre typhoïde, par ABRIAL. (*Thèse de Paris*, 28 juil.) —Sur le prétendu traitement abortif de la fièvre typhoïde. (*Berl. klin. Woch.*, 11 avril.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par l'antipyrine et la thalline, 24 cas, par MINOT. (*Assoc. of Americ. phys.*, 2 juin.) — L'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par BALLOTTA. (*Raccoglit. med.*, n° 9.)— De l'antipyrine dans la fièvre typhoïde, par MURRI. (*Raccoglit. med.*, n° 10.) De l'eucalyptus dans la fièvre typhoïde, par KESTEVEN. (*Practitioner*, avril.) — De l'ergot de seigle dans la fièvre typhoïde à l'hôpital maritime de Cherbourg, par ROUFFET. (*Thèse de Paris*, 10 juin.) — Traitement de la fièvre typhoïde par le calomel à dose massive, par MOSLER. (*Soc. méd. de Greifswald*, 6 nov. 1886.)

Typhus. — Du typhus pétéchial dans les troupes du Caucase en 1880-82, par WSOROW. (*Woienno med.*, fév.) — Etude sur le typhus, par ANDRAAS. (*Münchener med.*, *Woch.*, n° 24.)

U

Ulcère. — De l'ulcère de Pendjeh, par NENYMIN. (*Bull. soc. du Caucase*, n° 40, 1886.) —Étude du parasite de l'ulcère de Pendjeh, par FINKELSTEIN. (*Ibid.*) — Etude sur l'ulcère de Pendjeh (bouton d'Alep), par ELISIJEW. (*Milit. Zeit.*, juillet 1886.) — Clou de Biskra, par BOUQUET. (*Thèse de Paris*, 3 juin.)

Urée. — Relation de l'urée avec certaines maladies, par OLIVER. (*Brit. med. Journ.*, p. 1614, nov. 1886.) — Sur un nouvel appareil pour le dosage précis de l'urée dans les liquides de l'organisme, par CAZENEUVE et HUGOUNENQ. (*Lyon méd.*, 12 juin.) — Sur le dosage de l'urée des urines albumineuses par les hypobromites alcalins, par MÉHU. (*Journ. de pharm.*, XV, n° 12.) — L'origine de l'acide urique chez l'homme, par MARÈS. (*Arch. slaves de biol.*, LVI, n° 2.)

Urémie. — De l'urémie convulsive à forme d'épilepsie jacksonienne, par CHAUFFARD. (*Arch. de méd.*, juillet.) — Urémie à forme éclamptique, mort, autopsie (reins très atrophiés, artères rénales diminuées de calibre), par BOISSERT. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars.)

Urètre. — De quelques malformations de l'urètre au point de vue du développement, par VOITURIEZ. (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 24 juin.) — Imperforation congénitale de l'urètre, par CROS. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 21.) — De l'urétroscopie, par GSCHIRHACKL. (*Soc. des méd. de Vienne*, 20 mai.) — Urétrotome modifié, par FLEMING. (*Brit. med. Journ.*, 25 juin.) — Instrument et règles pour les injections profondes de nitrate d'argent

dans l'urètre, par Keyes. (*Assoc. of genito-urin. surg.*, 18 mai.) — Des urétrites chroniques et de leur traitement, par Hanquet. (*Arch. méd. belges*, mai.) — Urétrite sans gonocoques, par Castex. (*Gaz. hebdom.*, 3 juin.) — Contusion du corps caverneux de l'urètre, par Ettari. (*Rivista clinica e terap.*, p. 513, oct. 1886.) — Rupture de l'urètre guérie en 20 jours, par Surmont. (*Bull. méd. du Nord*, mai.)

Urine. — De la cause du développement d'hydrogène sulfuré dans l'urine, par Rosenheim. (*Fortschrift d. Med.*, V, n° 11.) — De la créatinine dans les urines normales et pathologiques, par Grocco. (*Ann. di chimica*, p. 211.) — Sur l'action du régime lacté sur l'excrétion de l'urine, par Chibret. (*Acad. des sciences*, 31 mai.) — Essai expérimental sur le pouvoir toxique des urines pathologiques non fébriles, par Feltz. (*Acad. des sc.*, 27 juin.) — Examen des urines contenant des produits morbides et principalement du sucre et de l'albumine, par E. Federici. (*Lo Sperimentale*, p. 113, fév.) — Des agents réducteurs de l'hématine et de la présence des produits de réduction dans l'urine pathologique, par Le Nobel. (*Cent. f. d. med. Wis.*, 23 avril.) — Sur une nouvelle matière colorante pathologique de l'urine, par Leube. (*Sitz. der phys. med. Gesells. zu Würzburg*, p. 132, 1886.) — Détermination quantitative du glucose dans l'urine, par Budde. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 137.) — Détermination de l'acide oxybutyrique dans l'urine diabétique, par Stadelmann. (*Zeit. f. Biol.*, XXIII, p. 456.) — Détermination quantitative du glucose; procédé de Johnson, par Adams. (*Med. News*, 7 mai.) — Essai sur la toxicité des urines chez les enfants, par Favelier. (*Thèse de Lyon*, n° 305.)

Urinaires (Voies). — Abcès du périnée et fistules urinaires, par Rockwell (*N. York med. Journ.*, p. 339, 26 mars.) — Opérations sur l'appareil génito-urinaire, par Weir. (*N. York med. Journ.*, p. 312, 19 mars.)

Utérus. — De la toux utérine, par Muller. (*Thèse de Paris*, 12 juillet.) — De l'asthénopie liée aux affections utérines, par C.-S. Morse. (*N. York med. Journ.*, p. 95, 27 janv.) — Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, par Varnier. (*Ann. de gynéc.*, juillet.) — Leçons sur la thérapeutique de la métrite, par Martineau. (In-8°, *Paris.*) — Du traitement des métrites chroniques, par Fournier. (*Thèse de Paris*, 27 juillet.) — La médication intra-utérine, par Mundé. (*N. York med. Journ.*, p. 143, 5 février.) — Métrite hémorragique et curage de l'utérus, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 3 août.)—Considérations sur les tentes aseptiques et sur leur emploi dans le traitement de l'endométrite, par Porak. (*Journ. de méd. de Paris*, 15 mai.) — Métrite hémorragique guérie par le raclage; opération pendant le sommeil hypnotique provoqué, par Guinon. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 avril.) — Des antiseptiques en gynécologie et de la divulsion utérine, par Doléris. (*Arch. de tocologie*, 15 mai.) — De l'action de l'eau chaude sous forme d'injections sur l'utérus pendant la gestation et le travail de l'accouchement, par Gauvry. (*Thèse de Paris*, 28 juin.) — Nécessité des opérations précoces pour les déchirures du col, par Cleveland. (*N. York obstet. Soc.*, 15 mars.)—Déchirure du col à droite ; opération d'Emmet; guérison, par Houzel. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 994.) — Les déchirures du col utérin envisagées au point de vue obstétrical, par Emerson. (*N. York obstet. Soc.*, 3 mai.)—Endométrite puerpérale, par Jaggard. (*Chicago gynec. Soc.*, 18 mars.)—Étude sur le tétanos utérin, par Duriez. (*Thèse de Paris*, 21 juillet.) — Rétroversion et rétroflexion utérine ; opération d'Alexander, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 1er juin.) — Rétroflexion utérine; opération d'Alexander-Adams ; guérison de la rétroflexion et des symptômes douloureux concomitants, par Pozzi. (*Gaz.*

méd. de Paris, 12 mars.) — Étiologie et symptômes de la chute de la matrice compliquée de cystocèle, par Dutauzin. (*Thèse de Paris*, 29 juin.)—Le traitement de l'antéflexion acquise associée à une affection des ovaires, ses rapports avec la stérilité, par Coe. (*N. York obstet. Soc.*, 5 avril.) — Laparotomie pour une rétroflexion avec rétroversion et adhérences, par Polk. (*N. York obstet. Soc.*, 19 avril.) — Inversion utérine; ligature élastique; guérison, par Le Fort. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 201-204.)— Un cas d'hystérectomie pour remédier à une pyélite par obstruction, par Cabot. (*Assoc. of genito-urin. surg.*, 17 mai.)—De la laparoélytrotomie, par A. Clarke. (*Arch. de tocol.*, 15 juillet.)— L'hystérorraphie, par Rusconi. (*Gaz. d. osp.*, n° 29.) — Hémato-salpingite; fibrome interne; ablation des annexes; présentation des pièces, par Bouilly. (*Bull. Soc. chir.*, XIII, p. 190-191.) — Hémato-salpingite double; corps fibreux volumineux de l'utérus; hémorragies graves; ablation des ovaires et des trompes; guérison, par Terrillon. (*Ibid.*, XIII, p. 210.) — Double pyosalpingite; ablation des ovaires et des trompes; présentation des pièces, par Terrillon. (*Ibid.*, XIII, p. 346-347.) — Trois cas de pyosalpingite, laparotomie, par Price. (*Philad. obst. Soc.*, 7 avril.) — Le traitement de la douleur et de l'insomnie d'origine utérine, par Bigelow. (*Amer. journ. of obstet.*, juillet.) — Kyste tubaire; laparotomie, par Varnaly. (*Arch. roumaines de méd.*, 15 juillet.). — Nécessité de l'extirpation complète des appendices utérins dans les cas d'indication de cette opération, par van der Beer. (*Amer. journ.*, *of obst.*, mai.) —Le résultat de l'extirpation unilatérale des appendices utérins, par Lawson Tait. (*Americ. journ. of obstet.*, mai.) — 2e et 3e hystérectomies, par Pascali. (*Morgagni*, juillet.) — Hystérotomie abdominale, pour fibromes, par Dick. (*Corresp.-blatt sch. Aerzte*, 1er février.) — Sur quelques particularités de l'histoire des fibromes ou myomes utérins, par Bouchacourt. (*Lyon médic.*, p. 338, 10 juillet.) — Electrolyse dans le traitement des fibromes utérins, par Gibbons Althans. (*British medic. Journ.*, 18 juin.) — Tumeurs fibro-kystiques de l'utérus; étranglement de l'intestin sur une bride fibreuse développée entre deux d'entre elles, mort, par Baulay. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 avril.) — Laparotomie pour tumeur fibro-kystique de l'utérus, par Dawson. (*Obstet. soc. N. York*, 3 mai.) — 38 hystéromyomotomies par la méthode extra-péritonéale, par Braun. (*Wiener med. Woch.*, n° 22, p. 717.) — Extirpation des tumeurs solides utérines et ovariques par la laparotomie; neuf cas, par Mann. (*Amerc. journ. of obst.*, mai.) — Fibrome interstitiel de l'utérus, antéflexion et métrite purulente, par Trélat. (*Gaz. des hôpit.*, 2 juin.) — Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électrolyse, par H. Martin. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 449, 23 avril.) — Sarcome diffus végétant de la muqueuse utérine, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'obstet.*, 25 juin.) — Diagnostic du cancer au début sur la portion vaginale, par Stratz. (*Zeit. f. Geburts.*, XIII, 1.) — Quelques considérations cliniques sur le traitement chirurgical du cancer utérin, par Lapeyre. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 21.) — Deux cas d'hystérectomie vaginale, par Ford Thompson. (*Americ. surg. Assoc.*, 12 mai.) — Extirpation vaginale d'un utérus cancéreux; guérison, par Dick. (*Corresp.-blatt f. schweiz Aerzte*, 1er fév.) — Hystérectomie totale vaginale, par Paquet. (*Bull. méd. du Nord*, juin.) — Hémostase dans l'hystérectomie vaginale, par Doléris. (*Nouv. Arch. d'obstet. et gynéc.*, janvier.) — De l'hystérectomie pour cancer et en particulier de la colpo-hystérectomie, par Guarracino. (*La Riforma med.*, 21 mai.)—Deux cas d'hystérectomie vaginale pour cancer, par Mundé. (*New York obstet. Soc.*, 15 mars.) — Le traitement palliatif du cancer de l'utérus à la première période, par Currier. (*N. York med. Journ.*, p. 261, 5 mars.) — Hystérectomie pour cancer, par J.-L. Reverdin. (*Rev. méd. Suisse romande*, VII, 162.) — L'opération sur l'utérus

gravide, par Hofmeier. (*Deustche med. Woch.*, n° 19.) — Expulsion de l'utérus pendant le travail, délivrance de l'enfant; réduction de l'utérus, guérison, par de Francisco. (*El Siglo med.*, 20 janv.) — Histoire consécutive d'un cas de rupture de l'utérus pour laquelle la laparotomie a été pratiquée il y a 23 ans, par Crighton. (*Brit. med. Journ.*, 18 juin.) — Rupture de l'utérus gravide; mort, par Earle. (*Cambridge med. Soc.*, 3 juin.)

V

Vaccin. — Des bactéries de la lymphe de génisse, par Tenholt. (*Corr. Bl. d. Allg. ver. Thuringen*, n° 6.) — Quelques mots sur la vaccination anormale et les avantages qu'elle présente sur la vaccination jennérienne, par A. Jeanneret. (*Rev. médic. Suisse romande*, VII, p. 84.) — Expériences sur la vaccination par génisse à l'Institut de Berlin, par Schulz. (*Deut. viertelj. f. Gesund.*, XIX, 2.) — De la vaccination en Russie, par Reimann. (*Deut. viertelj. f. Gesund.*, XIX, 2.) — L'antisepsie dans la vaccination, par Bauer. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 732.) — Nouveau vaccinateur, par Boy. (*Gaz. des hôp.*, 31 mai.)

Vagin. — Transformement antiseptique du vagin dans le traitement des inflammations pelviennes, par Etheridge. (*Chicago gyn. Soc.*, 21 janvier.) — Le tampon vaginal dans les adhérences pelviennes, par Coe. (*Amer. journ. of obstet.*, mai.) — Absence complète du vagin; des causes menstruelles périodiques; création d'un vagin artificiel, par Polaillon. (*Gaz. méd. de Paris*, 9 avril.) — Absence congénitalë de vagin, colpoplastie, par Schlesinger. (*Soc. des méd. de Vienne*, 4 fév.) — Des kystes du vagin, par Pestalozza. (*Rivista clinica di Bologna*, p. 161, mars.) — Epithélioma de la fourchette vaginale, par Mundé. (*N. York obstet. Soc.*, 15 mars.)

Variole. — Vaccin et variole simultanés, par Nicholsom. (*Brit. med. Journ.*, n° 1374.) — Des protéides ou amibes de la variole vraie, par Van der Loeff. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 10.) — Nouveau parasite de la variole du genre sporozoa, par Pfeiffer. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, VI, n° 18.) — La variole à Paris, par du Mesnil. (*Ann. d'hyg.*, juillet.)

Veine. — Excision d'une portion de la veine jugulaire interne, par Duncan. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 15 juin.) — De l'obturation latérale des plaies veineuses par l'application de pinces à demeure, par Hans Schmid, Bardeleben, von Adelmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 mai et 17 janvier.)

Vessie. — De la rétention d'urine chez le fœtus avec perméabilité du canal de l'urètre, par Lefour. (*Arch. de tocol.*, 30 juin.) — Distension temporaire de la vessie amenant une rétention d'urine chronique, par Otis. (*Assoc. of genito-urin. surg.*, 18 mai.) — Sur quelques maladies de la vessie, par Fiorani. (*Annali di med.*, juin.) — Exploration des uretères chez la femme, par Schultz. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, 25 mai.) — Manuel opératoire du cathétérisme évacuateur, par Augagneur. (*Province médic.*, 4 juin.) — Des cystites douloureuses chez la femme et de leur traitement, par Terrillon. (*Bull. méd.*, 13 juillet.) — De la douleur dans les cystites et de son traitement chirurgical, par Broca. (*Gaz. hebdom. de méd.*, 15 juillet.) — Des ulcères (tuberculeux) dans la vessie, par Schatz. (*Arch. f. Gynæk.*, XXIX, p. 136.) — De la cocaïne dans la litholapaxie, par Vdovikovsky. (*Chirurg. Vestnik*, août 1886.) — Nouvelle forme d'aspirateurs pour la vessie, par Keegan. (*Brit. med. Journ.*, 18 juin.) — Étude des kystes épithéliaux de la

vessie et des uretères, par LIMBECK. (*Zeit. f. Heilk.*, VIII, 1.) — A quel point peut-on classer les calculs vésicaux au point de vue des opérations ; remarques sur les différentes méthodes employées, par VANDERVEER. (*Amer. surg. Assoc.*, 11 mai.) — Du traitement des calculs vésicaux chez la femme, par HEYDENREICH. (*Semaine médic.*, 6 juillet.) — Du choix d'une opération de calculs vésicaux dans les cas où il y a hypertrophie prostatique, par BRYSON. (*Assoc. of genito-urin. surg.*, 17 mai.) — Taille sous-pubienne, manuel opératoire, revue critique, par DENNIS. (*Med. News*, 28 mai.) — Calcul d'oxalate de chaux, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 79, 15 mai.) — De la taille sous-pubienne pour d'autres cas que pour l'extirpation de calculs, par PACKARD. (*Americ. surg. Assoc.*, 11 mai.) — Calculs; hémorragies vésicales abondantes; taille sus-pubienne; syphon vésical; guérison, par PONCET, du Val-de-Grâce. (*Bull. de la Soc. de chirurg.*, XII, p. 726, 731.) — De la taille sus-pubienne, par CAVAZZANI. (*Lo Sperimentale*, n° 5.) — Un cas de taille sus-pubienne, par FRY. (*Brit. med. Journ.*. 18 juin.) — De la taille latérale combinée avec la lithotritie périnéale, par BARDELEBEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 15, 17 janvier.) — Lithotomie sus-pubienne; extraction d'un calcul pesant 750 grammes; guérison, par T. SMITH. (*Lancet*, 7 août 1886.) — Deux tailles sus-pubiennes chez un garçon de 4 ans 1/2, par DEFONTAINE. (*Bull. Soc. de chir.*, XII, p. 793-796.)—Taille sus-pubienne (femme) après insuccès de l'ablation du calcul par la dilatation de l'urètre, par CALEY. (*Brit. med. Journ.*, 16 juillet.) — De la taille sus-pubienne, par MARIANI. (*Rev. d. med. y chir. pract.*, 7 fév. 1886.) — *Idem*, par SANNO. (*Ibid.*, 22 juillet 1886.) — Taille sus-pubienne pour tumeurs vésicales et gros calculs; 3 observations; remarques sur la suture et le drainage, par KEYES. (*Assoc. of genito-urin. surg.*, 17 mai.) — Sur une opération de taille sus-pubienne pour une tumeur de la vessie, par DELEFOSSE. (*Journ. de méd. de Paris*, 17 avril.) — Volumineux calcul urinaire émis par l'urètre; considérations sur la lithotritie chez les enfants, par MORELLI, (*Riv. clinica e terap.*, p. 234, mai.) — De l'épicystotomie, par LACONI. (*La Riforma med.*, 11 juin.) — Taille sus-pubienne pour retirer un corps étranger avec calcul, par GILLON. (*Brit. med. Journ.*, 30 juillet.) — Taille pour retrouver un fragment de lithotriteur cassé dans la vessie, par FRANK. (*N. York med. Record*, 2 juillet.) — Taille hypogastrique ; calcul enchatonné; difficultés opératoires; utilité du ballonnement rectal, par FOLET. (*Bull. méd. du Nord*, juin.) — Deux cas de taille vésico-vaginale pour des cystites douloureuses, par LE DENTU. (*Bull. Soc. de chir.*, XIII, p. 102.) — Extraction d'un calcul vésical chez une femme, par MOONEY. (*Journ. of Amer. med.Assoc.*, p. 439, 16 avril.)— Calcul vésical insaisissable taille hypogastrique ; fistule consécutive ayant persisté plus d'une année, guérison, par H. PICARD. (*Gaz. des hôp.*, 12 juillet.) — Papillome vésical enlevé par la taille hypogastrique après exploration avec le cathéter endoscopique de Nitze, par VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 fév.) — Les méthodes d'exploration physique de la vessie chez l'homme, par MAX NITZE. (*Ibid.*, 21 et 28 fév.) — Fistule de la vessie consécutive à la cure radicale, par FEILCHENFELD. (*Berlin. klin. Woch.*, 17 janv.) — Pénétration d'un pessaire dans la vessie ; large fistule vésico-vaginale ; 4 opérations, par DESGUINS. (*Bull. Soc. méd. d'Anvers*, mai.) — Rupture extra-péritonéale de la vessie, par BRIDDON. (*N. York surg. Soc.*, 13 avril.)

Vin. — Le plâtrage du vin et l'hygiène publique, par COSTE. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 22.) — Note sur l'action que peut exercer sur les voies digestives l'usage du vin plâtré, par MARTY. (*Journ. de pharm.*, XV, n° 12.)

Virus. — Sur la nature de la virulence, par RODET. (*Lyon méd.*, 29 mai.)

Vision. — Des rayons lumineux elliptiques, par GÜNTHER. (*Deut. med. Woch.*,

n° 19, p. 400.) — Vision unique des objets sous le plus petit angle visuel par C. du Bois-Reymond. (*Arch. f. Ophth.*, XXXII.) — Prétendue démonstration d'Holmgren sur les sensations visuelles élémentaires, par L. Hering. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XI, p. 1.) — Inversion optique des dessins lunaires, placés dans la vision monoculaire, par Loeb. (*Arch. f. die ges. Physiol.*, XL, p. 274.) — A propos de la théorie du contraste simultané de Helmholtz, par E. Hering. (*Ibid.*, XL, p. 172.)

Vitré (Corps). — Recherches sur le corps vitré, par Haensell. (*Bull. clin. des Quinze-Vingts*, n° 1.) — Sur la structure et la signification morphologique du corps vitré, par E. Hache. (*Acad. des sciences*, 11 juillet.)

X

Xanthelasma. — Nouvelles communications sur le xanthelasma multiple, par Alb. Poensgen. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, Bd. CII, H. 2, p. 410.)

Z

Zona. — Un cas de zona crural, par Descroizilles. (*Rev. des mal. de l'enf.*, mai.) — Du zona sur la membrane de Descemet chez les tuberculeux, par Nys. (*Gaz. des hôp.*, 9 juillet.)

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE